

Druck: Copy-Center in Dahlem
Ladenbergstraße 2-4
1000 Berlin 33
Tel. 831 40 25

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf Winau

UNTERSUCHUNGEN ZUM KRANKENBLATT DES
KAISERIN AUGUSTE VICTORIA HAUSES
(K. A. V. H.)
IM ZEITRAUM VON 1920 BIS 1940

INAUGURAL-DISSERTATION
zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Günter Klam
Rohrbach
1984

Referent: Prof. Dr. Dr. R. Winau

Korreferent: Prof. Dr. L. Ballowitz

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin

Promoviert am: 17. 7. 1984

Inhaltsverzeichnis

Seite:

1.	Einleitung	5
2.	Material und Methode	20
3.	Arbeitshypothesen und Zielsetzung	26
4.	Dokumentationen zu Entwicklungen des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (K.A.V.H.) anhand der Krankenblätter in den Jahren 1920 bis 1940	30
4.1.	Allgemeiner Überblick und Gesamtentwicklungen	30
4.2.	Das Krankenblatt des kranken Kindes im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940	42
4.2.1.	Der formale Aufbau des Krankenblattes des kran- ken Kindes im K.A.V.H. von 1920 bis 1940	42
4.2.2.	Statistischer Vergleich ausgewählter Inhalte im Krankenblatt des kranken Kindes vom K.A.V.H.	44
4.2.3.	Vergleich mit dem heutigen Diakoniekrankenhaus, das 1907 als Krankenhaus des Diakonissen-Mutter- hauses (Hannover) gegründet wurde	62
4.3.	Das Krankenblatt des Neugeborenen im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940	68
4.3.1.	Der formale Aufbau des Krankenblattes des Neuge- borenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940	68
4.3.2.	Statistischer Vergleich ausgewählter Inhalte im Krankenblatt des Neugeborenen vom K.A.V.H.	70
4.4.	Das Krankenblatt der Mutter im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940	81
4.4.1.	Der formale Aufbau des Krankenblattes der Mutter im K.A.V.H. von 1920 bis 1940	81
4.4.2.	Statistischer Vergleich und Interpretation ausge- wählter Inhalte im Krankenblatt der Mutter vom K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940	83

5.	Darstellung, Vergleich und Interpretation sozial-anamnestischer Angaben in den Krankenblättern des K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940	96
6.	Krankheitsentwicklungen anhand der Dokumentationen des kranken Kindes im K.A.V.H. von 1920 bis 1940: der Keuchhusten	107
7.	Zusammenfassung	114
8.	Textanmerkungen	119
9.	Literaturverzeichnis	122
	Lebenslauf	125

1. Einleitung

Das Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich verdankt seine Entstehung dem Protektorat der damaligen und letzten Kaiserin und Königin Auguste Victoria.

Neben dem Engagement der Kaiserin wurde die Anstalt auch aus sozial-ökonomischer Sicht zu einer Notwendigkeit. Die bedrohlich erscheinende Aussicht einer Verringerung des Geburtenüberschusses machte die Sozialpolitiker des damaligen deutschen Kaiserreiches in einer Zeit nationalstaatlichen Denkens auf ein Problem aufmerksam, das sozial engagierte Mediziner jener Zeit schon längst nicht mehr als "natürliche Auslese" abtaten: die hohe Säuglingssterblichkeit während des ersten Lebensjahres (1). Von Ärzten wurde im Gegenteil die Ansicht zurückgewiesen, "daß solche Kinder eben schwächlich seien und die Nation durch ihren Verlust keinen Schaden erleide" (2).

"Man kam zu merkwürdigen Trugschlüssen. Die um vieles höhere Sterblichkeit der Säuglinge wurde als ein von der Natur gewollter und normaler Vorgang dargestellt, dem man ein Hinderniss nicht in den Weg legen dürfe; als eine weise Massregel gegen das Überhandnehmen schwächlicher Konstitutionen, die in ihren späteren Lebensjahren den Angehörigen oder der menschlichen Gesellschaft zur Last fallen würden." (3)

Die Mediziner, die aus wissenschaftlichen Überlegungen solche Denkweisen als höchst bedenklich ablehnten, verwiesen auf die Tatsache, daß zwischen schlechter Säuglingsernährung und angeboren schwächlicher Konstitution nur bedingt Zusammenhänge bestehen.

"Der Fortschritt der Nation und der Fortschritt der Kultur hängt keineswegs nur von den mit dem besten Verdauungskanal Begabten, sondern von geistigen Qualitäten ab, die nicht immer in dem stärksten Körper wohnen." (4)

In den Jahren 1816 bis 1820 starben allein in Preußen 16,9 % der Säuglinge (5). Aber diese hohe Sterberate war noch ansteigend und betrug im Jahr 1903 beinahe 20 %. Zum gleichen Zeit-

punkt aber war die allgemeine Sterblichkeit um 7 % heruntergegangen. In absoluten Zahlen gesprochen starben damals im Deutschen Reich rund eine halbe Million Säuglinge jährlich (6). Ein Vergleich mit anderen Ländern war naheliegend und machte die Unnatürlichkeit einer solchen Entwicklung deutlich.

Sterblichkeitstabelle für das Jahr 1903:

Land	Es starben Kinder im 1. Lebensjahr auf	
	100 Sterbefälle überhaupt (ohne Totgeborene)	100 Lebensgeborene
Deutsches Reich	34,5	20,4
Österreich	31,8	21,5
Ungarn	29,8	21,2
Finnland	21,7	12,7
Serbien	26,3	15,1
Italien	24,3	17,2
Schweiz	21,0	13,3
Frankreich	15,0	13,7
Luxemburg	24,9	16,0
Belgien	25,1	15,5
Niederlande	27,4	13,5
Dänemark	22,7	11,6
Norwegen	15,13	7,9
England und Wales	24,2	13,2
Schottland	20,6	11,8
Irland	12,6	9,6
Mexiko	31,6	30,8
Honduras (Republik)	21,5	10,1
Algerien	17,5	10,1
Japan	24,3	15,2
Viktoria	20,2	10,6
Neusüdwaless	24,1	11,0
Queensland	23,8	12,0
Südastralien	21,2	9,7
Westaustralien	33,9	14,1
Tasmanien	26,6	11,1
Neuseeland	20,8	8,1

Besonders beschämend erschien als Tatsache, daß von den europäischen Staaten nur Rußland, Rumänien und Österreich-Ungarn höhere Sterbeziffern aufwiesen, und daß selbst in außereuropäischen Ländern die Sterbeziffer niedriger war. Nur Mexiko weist noch ungünstigere Zahlen auf. In Schweden z. B. starben im Verhältnis weniger als halbmal so viel Säuglinge wie in Deutschland (8).

Eine Lösung dieses Problems konnte vielleicht die Beseitigung der Mängel bei der Säuglingspflege, die Beseitigung der Mängel bei der Ernährung und zunehmend Infektionsverhütungen bringen. Größte Bedeutung wurde der naturgegebenen Fütterung der Säuglinge beigemessen.

"Die großen Meister unseres Faches, denen wir die grundlegenden Arbeiten über die 'richtige' Ernährung des Säuglings sowie über die Behandlung der Ernährungsstörungen verdanken, haben von Anbeginn auf die eminente Bedeutung der Ernährung an der Brust während der ersten Lebensmonate hingewiesen. 'Stillpropaganda' und 'Stillprämien' sollten dazu dienen, die breite Öffentlichkeit, insbesondere natürlich die Mütter, auf die Vordringlichkeit des Stillens aufmerksam zu machen und sie anzuhalten, die Säuglinge selbst zu nähren." (9)

Es wurde als unglückliche Entwicklung empfunden, daß der künstlichen Ernährung durch Tiermilch, die man durch Erhitzung keimfrei zu machen gedachte, immer mehr Bedeutung beigemessen wurde.

"Unzählige Mütter glaubten nun, mit gutem Gewissen das so unbequeme Stillen lassen zu können. Was nach ärztlichem Wollen nur Notbehelf sein sollte, breitete sich epidemieartig aus, und die Sterblichkeitsziffern blieben trotz aller sonst günstigeren Bedingungen inbezug auf Hygiene, Steigen des Wohlstandes etc. unerhört hoch." (10)

Mit Propaganda, wie der Verteilung von Merkblättern, welche die natürliche Ernährung priesen, wurde allerdings keine Gegenbewegung eingeleitet. Eine allgemeine Ernährungsfürsorge wurde allerdings auch durch die Auffassung erschwert, man solle nur gesund geborene Kinder gesund erhalten, bzw. aus öffentlichen

Mitteln soll nur den Bedürftigen, den Kranken geholfen werden, nicht aber den Gesunden.

In dieser Situation mußte die Initiative der letzten deutschen Kaiserin und Frau Wilhelms II., Auguste Victoria, wie der auslösende Faktor einer allgemeinen Wunschvorstellung wirken, die "einen planmäßigen und wohlorganisierten Kampf gegen das schreckliche nationale Übel zu führen (wünschte) und im Herbst 1905 ihren Kabinettsrat (beauftragte), über ein entsprechendes Vorgehen mit geeigneten Persönlichkeiten zu beraten und daraufhin Vorschläge zu machen" (11).

Das Ergebnis verschiedener Beratungen war, daß der geplante Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit von einer Zentrale aus geführt werden müsse, daß die Überzeugungsarbeit für eine Rückkehr zur natürlichen Ernährung des Säuglings Vorrang haben solle und daß eine aus ärztlicher Sicht unvermeidliche künstliche Ernährung vervollkommenet werden könne. Diese Aufgabenstellungen zusammengefaßt, gab dem Plan den Namen "physiologische Forschungs-Anstalt für Säuglings-Ernährung mit klinischer Behandlung" (12).

Diese zentrale Anstalt sollte zusätzlich der praktischen Ausbildung und allgemeinen Unterrichtung dienen.

Es wurde eine Kommission gebildet, die die Grundzüge der geplanten Anstalt zusammenstellen sollte. Daraufhin konstituierte sich das "Deutsche Komitee für Begründung einer Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" (13).

"Man gewinnt heute den Eindruck, daß es bald eine gesellschaftliche Angelegenheit wurde, dem Komitee anzugehören, und daß deshalb auch viele der über 200 zählende Mitglieder nur Namensmitglieder waren." (14)

Aber das erschien zweitrangig: Durch die Persönlichkeiten aus ganz Deutschland in den Reihen des Komitees, ob aktiv mitwirkend oder nur repräsentativ und zählend, gewann das Projekt an Einfluß und konnte erst jetzt hoffen, den umfangreichen Plan tatsächlich zu verwirklichen. Denn die Unklarheit der Zielsetzung, der Charakter einer Stiftung und die außeruniversitäre

Zentralisierung riefen doch erhebliche Einwände hervor: Forschung sei Sache des Staates, und es sollten besser mehrere kleine Anstalten und zwar in Verbindung mit den bestehenden Universitäten eingerichtet werden (15).

Es war aber sicher neben dem politisch geschickten Vorgehen der Ideenträger vor allem das persönliche Engagement der Kaiserin von Anfang an und immer wieder, das dem Unternehmen letztlich das konstruktive Fortschreiten garantierte.

Allein die erste kaiserliche Geldspende in Höhe von 25.000 Mark mußte geradezu jeden Kaisertreuen an seine Gebepflicht erinnern für ein zukunftsorientiertes Vorhaben, das in Laienkreisen oft als "Säuglingsheim" mißverstanden wurde. Die Spendenaufrufe aus jener Zeit appellieren jedenfalls direkt an das nationale Pflichtbewußtsein:



An der Spendenaktion beteiligten sich Provinzen, Städte, Komitees und wohlhabende Privatleute, so daß zum Abschluß des Jahres 1908 als Bestand 1.630.000 Mark (16) zusammengekommen waren. Förderungszusagen auch für die Zukunft bildeten ein finanzielles Fundament der Stiftung: Es erfolgten Subventionierungszusagen vom Staat Preußen (30.000 Mark jährlich), vom Reich (40.000 Mark jährlich), von mehreren Städten, darunter Berlin, Braunschweig, Leipzig und besonders viele bayerische Städte (17).

Als dann die städtische Körperschaft Charlottenburg anläßlich der silbernen Hochzeit des Kaiserpaares, am 27. Februar 1906, ein rund $5\frac{1}{4}$ Hektar großes Grundstück vom Schloßpark in Charlottenburg für den Bau stiftete (18), war ein schnelles Zustandekommen des Werkes gesichert. Später erwarb die Stiftung für 60.000 Mark noch $1\frac{1}{4}$ Hektar Baugrund hinzu, um die notwendige Flächenplanung abzusichern.

Der Architekt des Virchow-Krankenhauses, Hoffmann, wurde mit den Bauplänen beauftragt. Er erarbeitete sie gemeinsam mit Prof. Messel. Die Baupläne wurden vorgelegt, fanden die Billigung der Kaiserin und im Anschluß "erliessen Ihre Majestät die Kaiserin und Königin am 11. Februar 1907 folgendes Allerhöchstes Handschreiben an das Komitee" (19):

*Es ist mir ein großes
gutes und köstliches
Festmahl an dem
ich teilhaben darf
für die Zukunft der Menschheit.
Auguste Viktoria
J. B. 1915.*

Ils Ich vor einem Jahre das Protektorat über das Deutsche Komitee übernahm, welches sich in Erkenntnis der großen nationalen und wirtschaftlichen Gefahren, die durch die in erschreckendem Maße in Deutschland zunehmende Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre unserem Vaterlande erwachsen, behufs Begründung einer Musteranstalt für Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gebildet hatte, war Ich Mir bewußt, daß diese bedeutungsvolle Aufgabe nur bei verständnisvollem Zusammenwirken der staatlichen und kommunalen Behörden, der Männer der Wissenschaft und aller derer gelöst werden könne, welche mit warmem Herzen arbeitsfreudig für sie einzutreten geneigt sein würden. Heute habe Ich zu Meiner lebhaften Befriedigung und mit vielem Danke den Bericht des Geschäftsaususses entgegennehmen können, wonach die Mittel zur Ausführung dieser Zentralanstalt zum größeren Teile bereits gesichert sind. Die mir vorgelegten schönen Bauplane haben Seiner Majestät des Kaisers und Meine volle Zustimmung gefunden, und Ich hoffe, daß es schon in nächster Zeit möglich sein werde, mit den Bauten zu beginnen. Dem Mir vorgeschlagenen Wunsche gern entsprechend will Ich hiermit genehmigen, daß der Anstalt der Name

Kaiserin Auguste Victoria Haus

zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche
beigelegt werde.

Berlin, den 11. Februar 1902.

Auguste Victoria I. R.

An Das

Deutsche Komitee für die Errichtung einer Zentralanstalt
zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

Damit war auch der Name der zu errichtenden Anstalt festgelegt: "Kaiserin Auguste Viktoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche". Am 25. Mai 1907 wurde für die Stiftung die Rechtsfähigkeit beantragt und bereits am 3. Juni 1907 erteilt. Die "erlauchte Protektorin" (20) ebnete durch ihr tatkräftiges Interesse dem Projekt die Wege, so daß die Hoffnung bestand, schon zum Herbst 1908 die Zentralanstalt zu vollenden.

Das vorläufige Bauprojekt von Hoffmann und Messel wurde zur Ausführung bestimmt (Baukosten: 1.800.000 Mark). Der Privatdozent Dr. Keller wurde zum 1. Oktober 1907 als Direktor der Stiftung angestellt.

Am 3. Dezember 1907 wurde in Gegenwart der Kaiserin die Grundsteinlegung gefeiert. Die Stiftungsurkunde im Grundstein wurde vom Vertreter des Deutschen Reiches mit den Worten übergeben:

"Ein Denkmal werktätiger Nächstenliebe, der Forschung eine Stätte gesegneten Schaffens, dem Deutschen Reich ein gesundes Geschlecht." (21)

Nach den drei Hammerschlägen der Grundsteinlegung sagte Kultusminister Holle:

"Möge die Anstalt, die über diesem Stein erstehen soll, eine Stätte hoher Wissenschaft werden, eine Hilfe für Mütter und Kinder, ein Trost für die Familien in Hütten und Palästen, ein Bundesgenosse der Staats- und Gemeindebehörden in der Fürsorge für die Kleinsten, eine Quelle der Volkskraft. Zur Ehre Gottes, zum Segen der Menschheit und zum Heile des Vaterlandes." (22)

Zwischen 1948 und 1972 hat die FU Berlin das KAVH (teilweise) als Kinderklinik genutzt.

Erst am 1.1.1973 wurde das KAVH von der Freien Universität Berlin als Universitäts-Kinderklinik übernommen. Das alte Ziel des Kaiserin Auguste Viktoria Hauses, die Entwicklung des Kindes und seiner Krankheiten zu erforschen, die Lehre von der Pflege und Aufzucht von Säuglingen und Kindern zu verbreiten, Ärzte und Pflegekräfte in der praktischen Kinderheilkunde auszubilden und daneben die Aufgaben der sachlichen Fürsorge für

Mutter und Kind zu verwirklichen, wurde auch im Rahmen der Aufgaben der Universitätsklinik beibehalten (23).

Die Formulierung der Gründungsziele ließ natürlich Zweifel hinsichtlich der Ausführung und Zuständigkeit aufkommen.

Noch während der Bauzeit und vor Eröffnung des Hauses geriet diese allgemeine Grundidee der Stiftung immer wieder in die Kritik einer interessierten Öffentlichkeit. Vor allem der Wissenschaftsanspruch der Anstalt wurde in Frage gestellt. Zur gleichen Zeit hatte Heubner (ab 1913 Czerny) die Leitung der Universitäts-Kinderklinik in der Charité. Hier sollte die wissenschaftliche Kinderheilkunde betrieben werden. Aus universitärer Sicht mußte die Anstalt besser die "praktische Tätigkeit in der Ernährung und Pflege in den Vordergrund" (24) stellen, mehr "Säuglingsbewahranstalt" sein. Unter diesem Blickwinkel mußte das Vorhaben dann überdimensioniert erscheinen. Aber gerade diese Trennung von Theorie und Praxis wurde von den Initiatoren des neuen Hauses als Grund dafür genannt, daß solche Formen der Arbeit immer wieder zu Fehlschlägen geführt hätten.

"Wenn die Wissenschaft der Praxis die Fingerzeige gibt, wenn die Praxis mit wissenschaftlicher Methodik betrieben wird, dann sind beide nach unserer Absicht richtig vereint." (25)

Die Entstehung des KAVH als Zentralanstalt war mehr als einmal gefährdet. Die widerstreitenden Stimmungen zusammenfassend, erscheint es bemerkenswert, daß dieses Projekt einer zentralen Forschungs- und Bewahranstalt für das neugeborene und kranke Kind nicht schon auf dem Kommissionswege scheiterte.

Czerny (26) nannte das Kaiserin Auguste Victoria Haus einen "Säuglingspalast" und argumentierte, daß selbst eine einfache Pflegefrau für den Säugling besser sorgen könne, als eine "opulent ausgestattete Säuglingsanstalt", weil eben ein Schema und nicht die individuelle Beobachtung die Grundsätze der Pflege bestimmten:

"Der eine ordiniert nach der Kalorienlehre, der andere nach der Stuhluntersuchung, der dritte nach der Temperaturkurve und wieder ein anderer nach der Gewichtskurve, nur wenige

aber nach der Summe der kleinen Details, welche sich aus einer einfachen, aber gewissenhaften Beobachtung des einzelnen Kindes ergeben." (27)

Czerny versteht die übertriebene Perfektionierung in der Säuglingswartung als Reaktion der für Ärzte beschämenden Wahrheit, daß eine Mutter oder eine ungeschulte Pflegefrau für den Säugling mehr vermögen kann als die gesamte Kinderheilkunde.

"Wer aber heute den Luxus in modernen Säuglingsanstalten sieht und den Aufwand beobachtet, mit dem die Ernährung der Kinder durchgeführt wird, der wird bald den Eindruck gewinnen, dass der Hospitalismus nichts anderes als ein Deckmittel für alles ist, was die Ärzte bisher noch nicht wissen und können." (28)

Seine Kritik an einer so aufwendigen und vor allem aseptischen Pflege des Säuglings gipfelt in der Ansicht, "dass den Bakterien mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird als den Kindern" (29).

Auch den Vertretern der Anstalt selber fiel es schwer, alle Maßnahmen zu begründen. Die Aufgaben, um dem Ziel "Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich" näher zu kommen, waren so vielfältiger Art und Weise, daß der 1. Direktor der Anstalt, Arthur Keller, zur Orientierungsfindung lieber die Tatsächlichkeiten, d. h. den Gebäudekomplex selbst vorführte, als Aufgabenstellung und Lösungsmöglichkeiten theoretisch darzustellen.

Es war auch klar, daß soziale und wirtschaftliche Gründe der Erscheinungen, die zu Säuglingssterblichkeit und -krankheit führen können, nicht durch eine Zentralanstalt zu beheben waren. Aber es war die Idee von der Sorge um das Kind, die zur Realität geworden war. Das Haus war auch gebaut worden, um das geweckte Interesse am Leben des Neugeborenen nicht mehr verstummen zu lassen.

Dietrich (30) weist auf ursächliche Sozialfaktoren hin und darauf, daß eine Konzentration auf bessere Ernährungspraktiken nur einen Teil der Probleme abbauen könne. Ernährungsstörungen, Ernährung nur durch Muttermilch, Aufschwung der Milchwirtschaft

oder Rückgang des Stillgeschäftes beschäftigen sich immer nur mit Teilaspekten. Letztlich aber geht es um soziale und wirtschaftliche Einflüsse: "Die Säuglingssterblichkeit ist auf dem platten Land eine andere als in den Städten" (31); "die Sterblichkeit der unehelichen Kinder im ersten Lebensjahr ist erheblich größer als diejenige der ehelichen" (32); "ein weiterer Grund für die hohe Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist das Anwachsen der Industrie, insbesondere das Überhandnehmen der Fabrikarbeit unter den Frauen und Mädchen" (33) und als allgemeine Vorstellungen: "die Säuglingssterblichkeit ist um so höher, je ungünstiger sich die wirtschaftliche Lage der Bevölkerung gestaltet" (34) und "auch der grössere oder geringere Kinderreichtum hat einen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit" (35). Dietrichs Hoffnungen in das Kaiserin Auguste Victoria Haus sind folgende:

"Durch diese Arbeit wird die Anstalt in der Lage sein, jederzeit den Organen der Wohlfahrtspflege und der Fürsorge mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Möge sie ihren hohen Aufgaben stets gerecht werden zur Erhaltung eines starken deutschen Nachwuchses." (36)

Andere formulieren andere Prioritäten: "Wer Kinder heilen will, muß vor allen Dingen verstehen, sie zu ernähren" (37) und sehen die Hauptaufgabe "in dem eingehenden Studium der natürlichen Ernährung, das ja auch zu einer der Hauptaufgaben des nunmehr in den Dienst der Allgemeinheit tretenden Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gehört" (38).

Auch noch innerhalb dieser hervorgehobenen Aufgabe kann man verschiedene Aspekte finden, denn "Mutter und Kind stehen in der Säuglingsperiode in unmittelbarstem Zusammenhang" (39). Daraus ergibt sich die Forderung: "Die Mutterpflege wird also selbst wieder zur notwendigen Voraussetzung einer gesunden Pflege des Kindes" (40).

Wieder andere sehen eine Hauptaufgabe in der Verbesserung der künstlichen Ernährung, denn im

"Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit auf der ganzen Linie (...) genügt es nicht, Stillpropaganda zu treiben - es wäre halbe Arbeit, wenn jener Kinder vergessen würde, die wegen Tuberkulose, schwerer Erkrankungen der Mutter oder aus sozialen Gründen des Segens der Brust entraten müssen - die Gefahren der künstlichen Ernährung für sie auf ein Minimum herabzudrücken, gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Säuglingsfürsorge". (41)

Innerhalb all dieser Problemstellungen sollte das Kaiserin Auguste Victoria Haus Lösungsbeispiele geben: den sozial Schwachen beistehen, den unehelich Geborenen besondere Pflege einräumen, Mutterpflege betreiben, Fürsorge verantwortlich gestalten, Stillpropaganda überzeugend vorführen, die künstliche Ernährung perfektionieren und natürlich Geburten und Kinderkrankheiten beherrschen. Ein klares Konzept konnte aus der Fülle dieser Anforderungen wohl nicht entstehen. Aber es wurde jetzt etwas verwirklicht, was Einzelprobleme endlich zu lösen versuchte.

Keller (42) formuliert die konkreten Aufgaben, die nicht nur während seiner Amtszeit für das Haus gelten sollten, in drei Punkten:

- "1. Die auf die Ernährung und Pflege der Säuglinge sowie auf die Fürsorge für die Mütter bezüglichen Fragen an der Hand entsprechender Einrichtungen wissenschaftlich und praktisch zu sammeln;
2. Material über die Säuglingssterblichkeit sowie über die Einrichtungen und Organisationen der Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche und in den ausländischen Kulturstaaen zu sammeln;
3. die Ergebnisse der eigenen wissenschaftlichen und praktischen Forschungen sowie der Sammeltätigkeit auf dem Gebiet der Fürsorge für Säuglinge und Mütter durch Veröffentlichungen der Allgemeinheit in vorbildlicher Weise nutzbar zu machen, auch Behörden, öffentlichen und privaten Verbänden sowie Einzelpersonen Auskunft und Rat zu erteilen." (42)

In dieser Auffassung sollte das Kaiserin Auguste Victoria Haus als kurative Zentrale und kommunikativer Mittelpunkt der Säuglingsversorgung und -fürsorge wirksam werden.

Über die Diskussionen hinweg ging die Realisierung des Bauwerkes. Am 4. Juni 1909 wurde das Haus seiner Bestimmung übergeben.

Die Presse (43) schreibt über diese Einweihung des "Säuglingsheims in Charlottenburg":

"Zur Einweihungsfeier hatten sich die Spitzen der Staats- und Stadtbehörden mit ihren Damen, sowie zahlreiche Vertreter der medizinischen Wissenschaft eingefunden. So sah man die Minister von Rheinbaben und von Bethmann-Hollweg, den früheren Kultusminister von Studt und den Unterstaatssekretär Wever, ferner die Oberbürgermeister Kirchner und Schustehrus. Die medizinische Fakultät hatte ihren Dekan Hertwig entsandt; weiterhin bemerkte man den Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes Bumm und den Vorsitzenden des Vereins vom Roten Kreuz, Kammerherrn von dem Knesebeck.

Pünktlich um 10 Uhr betrat die Kaiserin in Begleitung der Prinzessin Eitel Friedrich, von mehreren Hofdamen gefolgt, die Anstalt und wurde durch die beiden Vorsitzenden des Komitees, Kammerherrn von Behr-Pinnow und Oberbürgermeister Schustehrus begrüßt."

Nach einer Festansprache mit Rückblick auf die Entstehung und Ausführung des Hauses und nach Chorgesängen fand erst der "Rundgang der Fürstlichkeiten" statt. In dieser Zeit sprach der stellvertretende Direktor der Anstalt, Dr. Langstein, über die Ziele der Anstalt, bevor zuletzt auch den anderen Gästen das Haus vorgeführt wurde. Zur Einweihung wurde Dr. Langstein zum Professor ernannt, die Bauherren Hoffmann und May erhielten den Kronorden und der Vorsitzende des Vorbereitungskomitees, Behr-Pinnow, wurde Ehrendoktor der medizinischen Fakultät der Universität Berlin. Die Einweihung des Hauses schloß mit einem Festmahl im Hohenzollernsaal des Hotels Kaiserhof. Diese Beschreibung verdeutlicht eine außergewöhnliche Förderung des Hauses durch die letzte deutsche Kaiserin.

Nach Ausscheidung des ersten Anstaltleiters, Keller, Ende 1911, stand Leo Langstein dem Kaiserin Auguste Victoria Haus 22 Jahre bis zu seinem Tode 1933 vor. Unter Langsteins Leitung wurde das Haus umbenannt in "Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit" (44), es wurden verschiedene Erneuerungen im Haus durchgeführt und der Tierstall, dessen Milchkühe im Notjahr 1924 abgegeben werden mußten, in eine kleine Infektionsabteilung umgewandelt (45).

Zum zehnjährigen Gedenktag wurde in der Reihe "Beiträge zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene des Kindesalters" ein 751 umfassendes Buch veröffentlicht.

Nach Langsteins Tod wechselte die Direktion häufig: Reyher, Ullrich, Bessau, Hofmeier, Joppich, unter dessen Leitung die Anstalt teilweise von der FU-Berlin als Kinderklinik genutzt wurde.

Resümee:

Das Kaiserin Auguste Viktoria Haus verdankt seine Entstehung dem Engagement der damaligen Kaiserin Auguste Viktoria, der Frau Wilhelm II.

In Deutschland starben 1903 noch fast 20 % der geborenen Säuglinge. Es rangierte somit an der Spitze der Säuglingssterblichkeit in Europa. Auf Initiative der Kaiserin Auguste Viktoria wurde eine Kommission gebildet, die den Plan für eine Anstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ausarbeiten sollte. Diese sollte jedoch keine staatliche Anstalt sein, sondern den Charakter einer Stiftung haben. Die Baukosten der Anstalt wurden mit 1,8 Millionen Mark veranschlagt. Im Jahre 1907 erhielt die Stiftung ihre Rechtsfähigkeit und noch im gleichen Jahr erfolgte die Grundsteinlegung. Den Stiftungscharakter hat das Haus bis 1972 beibehalten. Am 1.1.1973 wurde das Kaiserin Auguste Viktoria Haus als Universitäts-Kinderklinik der Freien Universität Berlin angeschlossen. Als Gründungsziele können zusammenfassend genannt werden:

- Material über die Säuglingssterblichkeit zu sammeln,
- Rückbesinnung auf natürliche Ernährung,

- Perfektionierung der künstlichen Ernährung,
- Pflege der unehelich Geborenen und ihrer Mütter,
- Die Ergebnisse ihrer Forschung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

2. Material und Methode

Als Material der Untersuchung konnten drei Dokumentationssammlungen benutzt werden: Erstens die Krankenakten selbst, die bei jeder Aufnahme angefertigt wurden; zweitens eine Diagnosekartei, in welcher bei jeder kindlichen Entlassung in den Jahren 1920 bis 1937 eine Karteikarte angelegt wurde; drittens die Jahresberichte bzw. Mehrjahresberichte, die bis zum März 1935 der Stiftung zur Rechenschaftslegung dienten.

Die Materialsituation für vorliegende Arbeit wurde allerdings durch formale und durch inhaltliche Mängel bei den Dokumentationssammlungen verschlechtert. Die formalen Erschwernisse für eine umfassende statistische Auswertung liegen vor allem in der Tatsache, daß keine der drei Sammlungen vollständig ist. Vor allem sind es Folgen von Wasserschäden, von unsachgemäßer Lagerung, von Verfall und Verlust, aber auch Folgen von Zweckentfremdung des Aktenpapiers durch sowjetische Besatzungstruppen, die im Krankenhaus und in seinem Park zuerst nur ihr Quartier, später auch ein improvisiertes Militärlazarett betrieben hatten.

"Pausenlos zogen nun Soldaten durch das Haus, anfangs die kämpfende Truppe unter ihren Offizieren, später aber auch unkontrollierte Gruppen, während der klinische Betrieb hinter den Stahltüren der Luftschutzkeller, so gut es ging, weiterlief (...) Schließlich übernahm ein russischer Stabsarzt das Lazarett. Ihn störte die Gegenwart der kranken Kinder. So verfügte er die Ausweisung der Klinik in das in der Nähe liegende Charlottenburger Obdachlosenasyll (...) Es gelang, den russischen Stabsarzt zu bewegen, die Rückkehr zu gestatten." (47)

Die einzelnen Dokumentationssammlungen sind aber auch inhaltlich von verschiedener Aussagekraft, weil dort unterschiedliche Fakten zusammengetragen worden sind.

Im einzelnen handelt es sich bei dem vorliegenden Material um: Krankenakten: Den größten Teil des Materials machen die Krankenakten aus. Der Aktenumfang schwankt in den einzelnen Jahrgängen.

Um vergleichbare Zahlen zu erlangen, mußte eine jedem Jahrgang gemeinsame Anzahl von Dokumentationen zufällig ausgewählt und der Auswertung zugrunde gelegt werden.

Es wurden Jahrgänge (1925 bis 1938) zur Untersuchung herangezogen, die, in einfache Umzugskartons grob verpackt, in einem Kellerraum im Gebäude des Bundesamtes für Umweltschutz ausgelagert sind. Auch diese Auslagerung hat einen Teil des Materials abhanden kommen lassen, einen weiteren Teil durch unsachgemäße Behandlung unbrauchbar werden lassen, ein anderer Teil war bereits durch Schwamm- oder Bruchschäden zerstört. Da auch die Kennzeichnung des Materials nicht konsequent durchgeführt wurde, mußten zuerst alle Lagerbestände durchgesehen werden, um falsche Zuordnungen korrigieren zu können.

Weiterhin wurden Jahrgänge (1920 bis 1924 bzw. 1939 und 1940) zur Untersuchung herangezogen, die, teils in Umzugskartons verschnürt, teils grob gestapelt, in einem Nebengelaß des Wirtschaftskellers im Kaiserin Auguste Victoria Haus selbst noch aufbewahrt werden. Obwohl hier die Absicht einer ordnungsgemäßen Lagerung sicher vorhanden war, mußte dies doch an den Verhältnissen scheitern, so daß auch dort Dokumentationsmaterial ungeschützt und nur grob geordnet langsam abnehmen wird, soweit es nicht schon geschehen ist, denn auch hier ist eine Vollständigkeit der Jahrgänge schon jetzt nicht mehr vorhanden.

Die Kartonakten im Format 27 cm x 40 cm enthalten die Krankenblätter des Neugeborenen und das seiner Mutter, bzw. die der kranken Kinder. Diese werden im einzelnen bei den statistischen Auswertungen selbst noch ausführlich beschrieben.

Diagnosenkartei: Diese befindet sich in 27 Karteikästen, die ursprünglich in einem verschließbaren Büroschrank eingeordnet waren. Durch Umräumearbeiten mußten jedoch diese Karteikästen einzeln gestellt werden, so daß teilweise zerstörte bzw. verstreute Karteikästen keine Garantie mehr für die Vollständigkeit des Inhalts bieten können. Auch die Diagnosenkartei befindet sich im Wirtschaftskeller des Kaiserin Auguste Victoria Hauses.

Für die Jahre 1920 bis 1931 existieren jeweils ein Karteikasten; für die Jahre 1932 bis 1937 jeweils zwei. Ein Karteikasten kann bis zu 1.000 Karteikarten umfassen.

Die Diagnosenkarte enthält als Informationen: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, persönliche Daten und Behandlungsdauer bzw. -erfolg. Im weiteren werden Verpflegungstage, Stillzeiten und Ernährungsversuche erfragt, jedoch selten ausgefüllt.

Die Rückseite bleibt frei. Die Diagnosenkarte hat das Format 10 cm x 15 cm.

Jahresberichte: Die "Berichte des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche vom 1. April bis zum 31. März" wurden bis zum 31. März 1917 (8. Geschäftsjahr) in dieser Bezeichnung geführt. Anschließend als "Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche und des Organisationsamtes für Säuglingsschutz" vom 1. April 1917 bis zum 31. März 1919 (10. Geschäftsjahr). Dann vom 1. April 1919 an als "Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und des Organisationsamtes für Säuglingsschutz" bis zum März 1920. Ab 1. April 1920 (12. Geschäftsjahr) als "Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und des Organisationsamtes für Säuglings- und Kleinkinderschutz" jährlich bis zum 31. März 1924. Prof. Dr. Leo Langstein, Direktor der Anstalt, verantwortet dann persönlich vom 1. April 1924 bis zum 31. März 1925 einen "Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit" noch einmal für das abgelaufene 16. Geschäftsjahr, um diesen Bericht dann bis zum 31. März 1929 unter gleichem Titel nur noch alle zwei Jahre zu erstatten. Mit neuem Abrechnungszeitpunkt vom 1. April 1929 bis zum 31. Dezember 1930 (21. und 22. Geschäftsjahr) erscheint ein "Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit" ungezeichnet und nur einmal. Es erscheinen keine Berichte mehr, nur für den Zeit-

raum vom 1. April 1934 bis zum 31. März 1935 wird noch einmal Rechenschaft abgelegt.

Diese Berichte sind vom Umfang und von der inhaltlichen Gewichtung her sehr uneinheitlich. Einmal wird vor allem der Bestand an Kriegerwitwen ausführlich und statistisch erfaßt (1914/15), zeitweilig interessieren vor allem die Verpflegungstage (1919/20). In den ersten Berichtsjahren wird den Statistiken über Stillfähigkeiten und abgespritzte Frauenmilchmengen breiten Raum eingeräumt, in den letzten Berichtsjahren liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Geschäftsjahr 1919/20 umfaßt der Bericht nur sechs Seiten, im Gegensatz zu 80 Seiten im Geschäftsjahr 1913/14. Nicht einmal die Gesamtbelegung wird konsequent in allen Berichten aufgeführt.

Die Leiter der Anstalt prägten natürlich mit ihren Vorstellungen von der Attraktivität des Hauses Art und Umfang der Aussagen in den einzelnen Berichtszeiträumen.

Im Geschäftsjahr 1925/27 erst wird der Plan verwirklicht, den früheren Milchtierstall in ein Infektionshaus umzubauen (Eröffnung: 3. Januar 1927), obwohl schon ab 1920/21 regelmäßig Infektionen gesondert aufgeführt und behandelt werden (Isolierbaracke im Milchtierstall, der 1924 abgegeben wurde).

Besucherzahlen des 1914/15 eingerichteten "Museums für Säuglingskunde" im Kaiserin Auguste Victoria Haus interessieren ebenso nur zwischenzeitlich wie die Entwicklung der Polikliniken (Poliklinik für kranke Kinder, Poliklinik für nervöse und schwer erziehbare Kinder) und die Zahlen über Ausbildung und Vermittlung von Fürsorgerinnen.

Über eine Zeit hinweg wird der Übersicht über die beratenden Fürsorgestellten (Säuglingsfürsorge, Kleinkinderfürsorge) umfangreicher statistischer Raum gewidmet (1925/27), Veröffentlichungen werden zeitweise umfänglich dokumentiert, Auskunftstätigkeiten (z. B. vom Archiv des Organisationsamtes für

Säuglings- und Kleinkinderschutz) und kurzfristig auch Aktivitäten der Deutschen Gesundheitsfürsorgeschule.

Zweimal - immer nach größeren Spenden - werden statistische Angaben über die sozialwissenschaftliche Bibliothek veröffentlicht (z. B. 1920/21 = 2.996 Titel).

Am 1. Oktober 1934 wurde die "Poliklinik für Erb- und Rassenpflege im Kaiserin Auguste Victoria Haus" eingerichtet, und für dieses Jahr werden Erfolgszahlen statistisch vermerkt (Leiter: Prof. Dr. Freiherr Otmar von Verschuer, ab 1. April 1935 Dr. Dr. Eduard Schütt).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß eine Auswertung und ein Vergleich bestimmter ausgewählter Fakten aus den Jahresberichten deshalb erschwert sein mußte, weil die häufige Änderung des inhaltlichen Schwerpunktes z. B. durch Innovationen auch die statistischen Daten betreffen mußten. Eine einheitliche Linie einer statistischen Größe ist schwer festzustellen. Diese Wandlung der dokumentierten Inhalte erschwerten den Vergleich über einen längeren Zeitraum.

Das ist für die Jahresberichte festzustellen, aber auch für die Krankenakten.

Als ein Beispiel stehen Aussagen zu Ernährungsprinzipien beim neugeborenen Säugling. In den Jahren 1925 bis 1929 nehmen die Zufütterungsmengen und -mischungen und das Gewichtsverhalten der Säuglinge in der Epikrise den wichtigsten Raum ein. Dafür werden andere, z. B. soziale Angaben, vernachlässigt. In den Jahren bis 1925 und ab 1929 werden dagegen nur unwesentliche Eintragungen zur Ernährung dokumentiert.

Die Zufütterung von Buttermilch, Halbmilch oder 5 %igem Zuckerwasser läßt sich im Einzelfall feststellen, jedoch reichen die Daten für einen Vergleich nicht aus.

Trotz dieser formalen und inhaltlichen Mängel des Materials bietet vor allem der Umfang der Aktensammlung die einmalige Möglichkeit, Entwicklungen des Kaiserin Auguste Victoria Hauses anhand seiner Dokumentationen zu verfolgen.

Resümee:

3 Dokumentationssammlungen wurden benutzt:

1. Krankenakten von 1920 - 1940.
2. Diagnosenkartei, in welcher bei jeder Entlassung in den Jahren 1920 - 1964 eine Karteikarte angelegt wurde.
3. Jahres- und Mehrjahresberichte, die bis zum März 1935 der Stiftung Rechenschaft ablegten.

Die verschiedenen Inhalte der Dokumentationssammlungen sollten zusammengetragen werden und somit Aussagen über die Entwicklung des K.A.V.H. und seiner Leistungen ermöglichen. Das gesamte Dokumentationsmaterial ist in Umzugskartons gelagert. Formale Erschwernisse waren dadurch gegeben, daß keine der 3 Dokumentationssammlungen vollständig war, vor allem bedingt durch Wasserschäden, Zweckentfremdung und unsachgemäße Lagerung. Inhaltliche Mängel waren u. a. die Änderung der Schwerpunkte bei der Aufzeichnung, die oft einen kontinuierlichen Vergleich unmöglich machen.

3. Arbeitshypothesen und Zielsetzung

Mit vorliegender Arbeit soll der Versuch unternommen werden, eine möglichst umfassende und aussagekräftige Dokumentation der Krankenblätter des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche) für den Zeitraum von 1920 bis 1940 vorzulegen.

Die Erwartung liegt darin, an Hand statistischer Auffälligkeiten bestimmte Tendenzen sichtbar zu machen. Darin liegt vielleicht auch die einmalige Möglichkeit, über soziale Verhältnisse des Umfeldes Aussagen zu machen. Schließlich liegt darin die Chance, bei Therapieverfahren und Behandlungsrichtlinien Entwicklungen aufzeigen zu können.

Die Ergebnisse der Arbeit können allerdings solchen Erwartungen nur zum Teil gerecht werden, zu unausgeglichen ist das Material, das zusätzlich nur in Teilen zur Verfügung steht.

Ein Krankenblatt kann für einen historisch fragenden Mediziner eine Dokumentation darstellen. Es gibt Auskünfte über die Erkrankten: Alters- und Geschlechtsverteilung, Liegezeiten und Entlassungsbefunde sollten ersichtlich sein. Es gibt weiterhin Informationen über die Krankheit: Häufigkeit, Therapiemethodik und -erfolge sowie äußere Einflüsse können zu einem Vergleich herangezogen werden. Im günstigen Fall kann das Krankenblatt aber zusätzlich soziale Verhältnisse und gesellschaftliche Entwicklungen widerspiegeln. Vielleicht gerade auch dann, wenn das Krankenblatt in einer Anstalt geführt wird, die mit bestimmten Zielvorstellungen und einem engagierten Selbstverständnis gegründet und geführt wurde.

Das Kaiserin Auguste Victoria Haus ist als Zentralstelle ins Leben gerufen worden, um die Gründe der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit zu untersuchen und um Methoden anzuwenden, die den Prozentsatz der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit senken helfen sollten. Dabei erscheint es natürlich, daß auch soziale Faktoren berücksichtigt werden mußten, d. h. z. B. daß den sozial benachteiligten Müttern und Kindern besonderes Interesse entgegengebracht werden sollte.

Neben dieser günstigen Voraussetzung einer engagierten Aufgabenstellung ist es vielleicht auch der Zeitraum von 1920 bis 1940, der mit seinen besonders großen Veränderungen auf sozio-ökonomischem und gesellschaftlichem Gebiet die Möglichkeit geben kann, sonst längerwährende Entwicklungen in verkürzter Zeit zu erfassen.

So könnte gerade das Krankenblatt des Kaiserin Auguste Victoria Hauses für diesen Zeitraum ein Dokument darstellen, das für seine Zeit charakteristische Aussagen zu treffen vermag.

Das erscheint naheliegend, wenn Krisenzeiten durch bestimmte Krankheiten der Atemwege oder des Magen-Darmtraktes bzw. durch veränderte Geburtenzahlen auch auf dem medizinischen Sektor ihren Niederschlag finden. Das Krankenblatt kann weiterhin dann zur Quelle werden, wenn standartisierte Fragen nach Wohnverhältnissen oder nach dem Familienstand und Beruf ein Bild des Umfeldes geben, aus dem die zu Behandelnden kommen.

Die Aussageschwäche von Kurzanamnesen unserer Zeit gerade zur familiären und sozialen Situation wird auffällig, wenn ein Vergleich mit den anamnestischen Angaben aus einem Krankenblatt z. B. aus dem Jahr 1925 zeigt, daß dieses, gewissenhaft erstellt, ein Bild von den Verhältnissen jener Zeit hätte geben können. Eine Erkenntnis aus dem Vergleich der ausgefüllten Sozialanamnesen der Jahre 1920 bis 1940 zeigte aber auch, daß eine komplizierte Standartisierung der Aussagekraft entgegenstand. Die freien Formulierungen wurden häufiger eingetragen und beinhalteten mehr Informationen als mißverständlich oder gar nicht angekreuzte Auswahlmöglichkeiten.

Das problemorientierte Krankenblatt kann im Zuge einer Technisierung der Medizin die klinische Ausbildung und die Effektivität von Behandlungen verbessern, indem es eine Vorstellung vom Kranken und seiner Krankheit vermittelt. Die Untersuchung der Entwicklung des Krankenblattes kann weiterhin für einen statistisch vergleichenden Mediziner, der Qualitätssicherung und Terminierung zu quantifizieren hat, eine Basisdokumentation zur Erstellung von Modellen bedeuten. Es könnten auch für die Ent-

wicklung eines dokumentationsgerechten Krankenblattes Informationen zur Verfügung gestellt werden. (48)

In vorliegender Arbeit standen vor und während der Auswertung des zu vergleichenden Materials verschiedene Arbeitshypothesen im Vordergrund.

Zuerst sollte eine Aussage über die Gesamtentwicklung des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses dokumentiert werden. Aus dem Krankenblatt des neugeborenen Kindes sollten Behandlungsveränderungen deutlich werden. Deshalb habe ich Gewichtsveränderungen und Ernährungskurven aufgelistet und verglichen.

Um eine Aussage über äußere Faktoren zu machen, die eventuell die körperliche Entwicklung der Säuglinge beeinflussen, habe ich die Geburtsgewichte und Geburtslängen der einzelnen Jahrgänge miteinander verglichen.

Aus dem Krankenblatt der Mutter bot sich die Darstellung von Therapieentwicklungen an. Es wurden Liegezeitvergleiche und Entwicklungsuntersuchungen zur Stillfähigkeit (Milchabgabe) angestellt. Der Einfluß von Zeitströmungen und Wirtschaftsentwicklungen auf Parität und Alter der Gebärenden wurde beobachtet und aufgeführt.

Aus dem Krankenblatt des kranken Kindes habe ich versucht Tendenzen kinderheilkundlicher Konzepte und Entwicklungen der Zeit aufzuzeigen. Die Krankheiten sind nach ihrer Häufigkeit in den einzelnen Jahren dargestellt und verglichen worden. Darüberhinaus können Liegezeiten (Verpflegungstage) in einen Bezug zur Wirtschaftssituation gesetzt werden. Das Durchschnittsalter des kranken Kindes kann Entwicklungen in der elterlichen Sorge vermitteln, ebenso wie eine kontinuierliche Zunahme von Kindern auf der Privatstation Rückschlüsse auf ein verändertes Klassendenken zulassen.

Besonderes Interesse habe ich der Fragestellung beigemessen, ob es möglich ist, durch Vergleiche von Sozialanamnesen gültige Aussagen über Verhältnisse zu machen, aus denen das Klientel überwiegend kam. Die Schwierigkeit einer solchen Vergleichsmöglichkeit war, daß qualitativ sehr unterschiedliche Sozial-

anamnesen registriert wurden und die Tatsache, daß nur bei sozial auffälligen Personen überhaupt Aussagen getroffen wurden.

Über Patienten von der Privatstation gibt es überhaupt keine sozialen Angaben, nach 1936 überwiegt die Formulierung "geordnet".

Zuletzt ist die Frage untersucht worden, ob sich parallel zu den sich verändernden Erkenntnissen über eine Krankheit auch das Bild des Erkrankten sich in auffälliger Weise wandelt, ob z. B. bei höherem Erkenntnisstand die Behandlungszeit abnimmt oder eher größer wird. Als Beispiel wurde der Keuchhusten ausgewählt, weil hier ein relativ häufiges Krankheitsbild vorlag, das sich in Behandlung und Heilung grundlegend verändert hat.

Von diesen Fragestellungen ausgehend, wurde das Material nach einer ersten Grundsichtung gezielt und ausgewählt durchgesehen, um eine annähernd quantitative und hoffentlich qualitative Analyse vorlegen zu können.

Resümee:

Die Krankheiten sollen ihrer Häufigkeit nach durch die Jahre dargestellt werden. Das Krankheitsbild des Keuchhustens wurde ausgewählt, um herauszufinden, ob parallel zu den verändernden Erkenntnissen auch die Behandlung eine Änderung erfährt. Anhand statistischer Auffälligkeiten möchte ich versuchen, Tendenzen sichtbar zu machen über Einweisungsdiagnosen, Liegezeiten, Alter der kranken Kinder und Therapie.

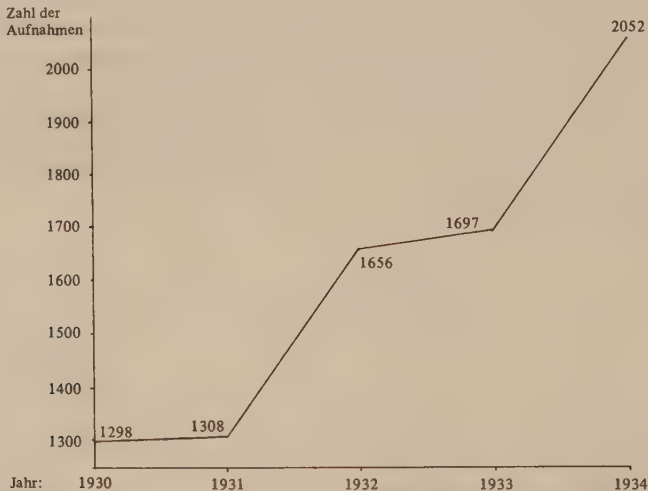
Geburtenzahlen sollen aufgestellt und die Entwicklung der Neugeborenen beobachtet werden. Dazu wurden Parität, Stillfähigkeit und Alter der Gebärenden sowie Ernährung, Geburtslängen und Geburtsgewichte der Neugeborenen verglichen.

Auch der Frage, wie Zeitströmungen und Wirtschaftsentwicklungen sich in einer Kinderklinik bemerkbar machen, sollte nachgegangen werden. Sozialanamnesen sollen einen einen Blick in die Verhältnisse ermöglichen, aus denen das Klientel kam.

4. Dokumentationen zu Entwicklungen des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (K.A.V.H.) anhand der Krankenblätter in den Jahren 1920 bis 1940

4.1. Allgemeiner Überblick und Gesamtentwicklungen

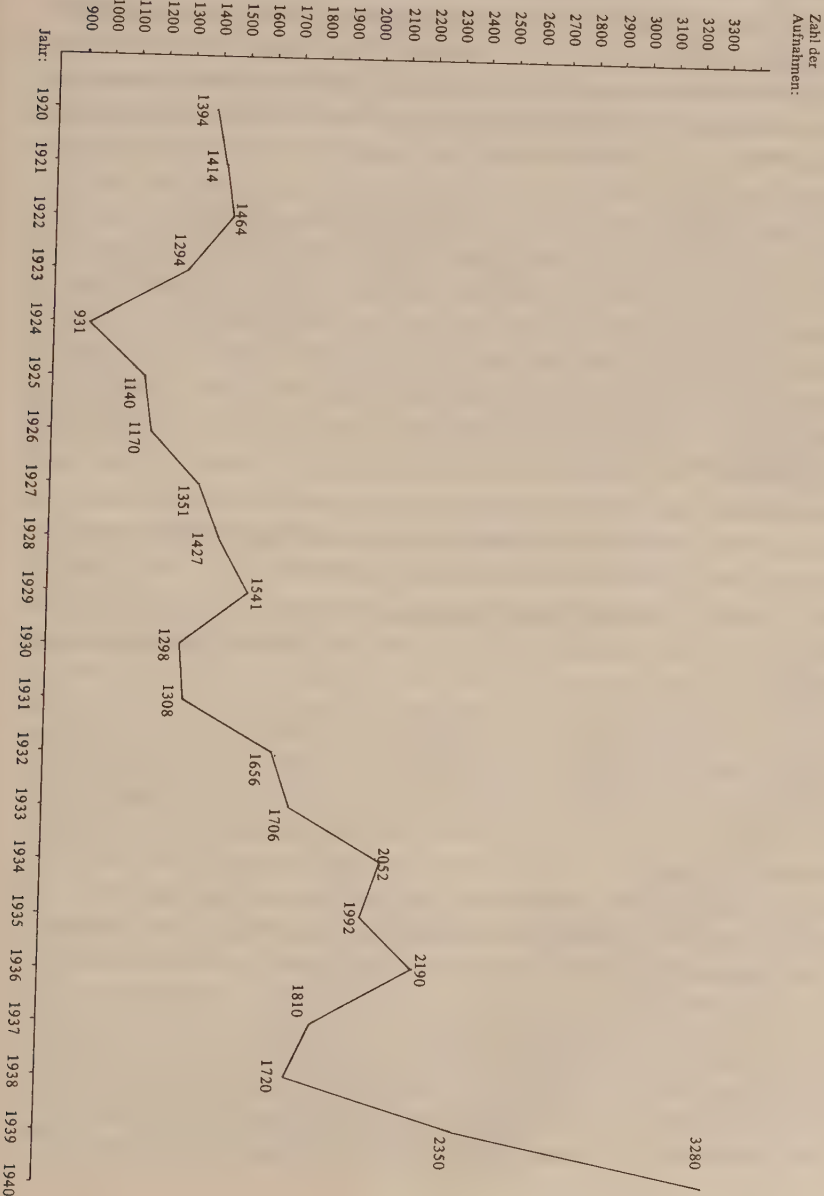
Im letzten der Zweijahresberichte (1934 und 1935) wird eine imponierende Statistik der Aufnahmen veröffentlicht, die die Beliebtheit des Kaiserin Auguste Victoria Hauses in diesem Zeitraum belegen will:



Diese steile Aufwärtsentwicklung, wie sie in dieser Graphik deutlich wird, schwächt sich allerdings in den folgenden Jahren wieder ab, um dann erneut und noch zunehmend verändert zu werden.

Um einen besseren Eindruck der Abhängigkeiten bzw. Identifikationen von Aufnahmefrequenzen und äußeren Faktoren zu vermitteln, soll diese auf einen Berichtsraum beschränkte Teilstatistik zum Vergleich des gesamten hier untersuchten Zeitraumes dienen.

Aufnahmefrequenz des K.A.V.H. während der Jahre 1920 bis 1940



Die Vergleichszahlen erscheinen nicht völlig korrekt erstellt und decken sich beim mechanischen Durchzählen nicht mit den angegebenen Daten, weil erstens Berichtszeiträume als Zähljahre ausgegeben werden, und weil zweitens unterschiedliche Handhabungen beim Anlegen von Krankenakten zu beachten sind. Wenn z. B. eine Mutter noch deshalb im K.A.V.H. verbleibt, weil ihr Neugeborenes z. B. wegen einer Hemmungsmißbildung behandelt werden muß, wird nicht in allen Jahren auch für sie noch ein neues Krankenblatt angelegt. Ein Neugeborenes konnte, z. B. aus sozialen Gründen "zur Beobachtung" überwiesen, zweimal statistisch aufgeführt werden. Solange das Haus dem Stiftungsgremium Rechenschaft abzulegen hatte, wurden nur Berichtsjahre (jeweils vom 1. April des Jahres bis zum 31. März des nächsten Jahres) dokumentiert, wobei Belegzahlen übernommen und die im Hause geborenen Kinder ebenfalls aufgenommen bzw. überwiesene Säuglinge wiederaufgenommen worden sind.

Da die Zahl der Aufnahmen (Aufnahmefrequenz) also auch von administrativen Vorschriften abhängig war, erscheint nur eine Auswertung der auffälligen Faktoren vertretbar.

Auffällig sind eindeutig der Aufnahmetiefpunkt im Jahre 1924 und der deutliche Höhepunkt dieses Vergleichszeitraumes im Jahre 1940.

Das Jahr 1924 brachte für das Kaiserin Auguste Victoria Haus schwere finanzielle Probleme mit sich, die sogar den Bestand selbst in Frage stellten. Die staatliche Subvention konnte nicht mehr als gesichert angesehen werden. Personal- und Wirtschaftskosten mußten auf ein Minimum reduziert werden, was letztlich die Aufnahmekapazität auf dieses geringe Maß reduzierte. Hier ist die Zahl der Aufnahmen gewiß kein Maßstab für die Beliebtheit des Hauses, sondern eher der bittere Ausdruck materieller Zwänge.

Ebenso erscheint der Aufnahmegipfel im Jahr 1940 nicht nur als Beweis eines hohen Beliebtheitsgrades des K.A.V.H. Die staatliche Übernahme war in diesem Zeitraum vollzogen worden. Jetzt spielen auch gesundheitspolitische Überlegungen der optimalen

Auslastung eine Rolle, während vorher der Eigenträger die kostendeckende Belegung anstrebte.

Weiterhin scheint ein Zusammenhang mit der Geburtenpolitik und der Mutterpropaganda im Dritten Reich nahezuliegen. Ein Vergleich mit den Zahlen der gleichzeitig eingewiesenen kranken Kinder und der Neugeborenenfrequenz unterstützt diese Vermutung.

Auffällig ist in der Vergleichsgraphik der Aufnahmefrequenz des K.A.V.H. während der Jahre 1920 bis 1940 vor allem auch die besonders kontinuierliche Aufwärtsentwicklung des Zeitraumes von 1930 bis 1936. Dieser Trend könnte Ausdruck verschiedener positiver Einflüsse sein, die dem K.A.V.H. in statistisch so relevanter Weise zugute kommen. Zuerst die überaus wirkungsvolle Tätigkeit des damaligen Leiters der Anstalt, Prof. Dr. Leo Langstein. Seine Öffentlichkeitsarbeit, seine Publizität hatte dem Haus einen hohen Bekanntheitsgrad vermittelt. Ein zunehmendes Interesse ist vor allem aus den mittelständischen Kreisen zu vermerken. Dort geht die Tendenz eindeutig zur Geburt im Krankenhaus und zu früher Konsultation in der Klinik, wenn sich Kinder auffällig entwickeln. Die wirtschaftliche Entwicklung dieser Jahre fördert dazu die Verbreitung der mittelständischen Zugehörigkeit. Der Beruf "Techniker" erscheint in auffälliger Weise oft in der Rubrik der Standesangehörigkeiten. Ein breiter Mittelstand mit dem neuen Gesundheitsbewußtsein dem Kind gegenüber geht jetzt häufiger in die Kinderkliniken. Das muß sich statistisch in der Aufwärtsentwicklung der Aufnahmefrequenz bemerkbar machen.

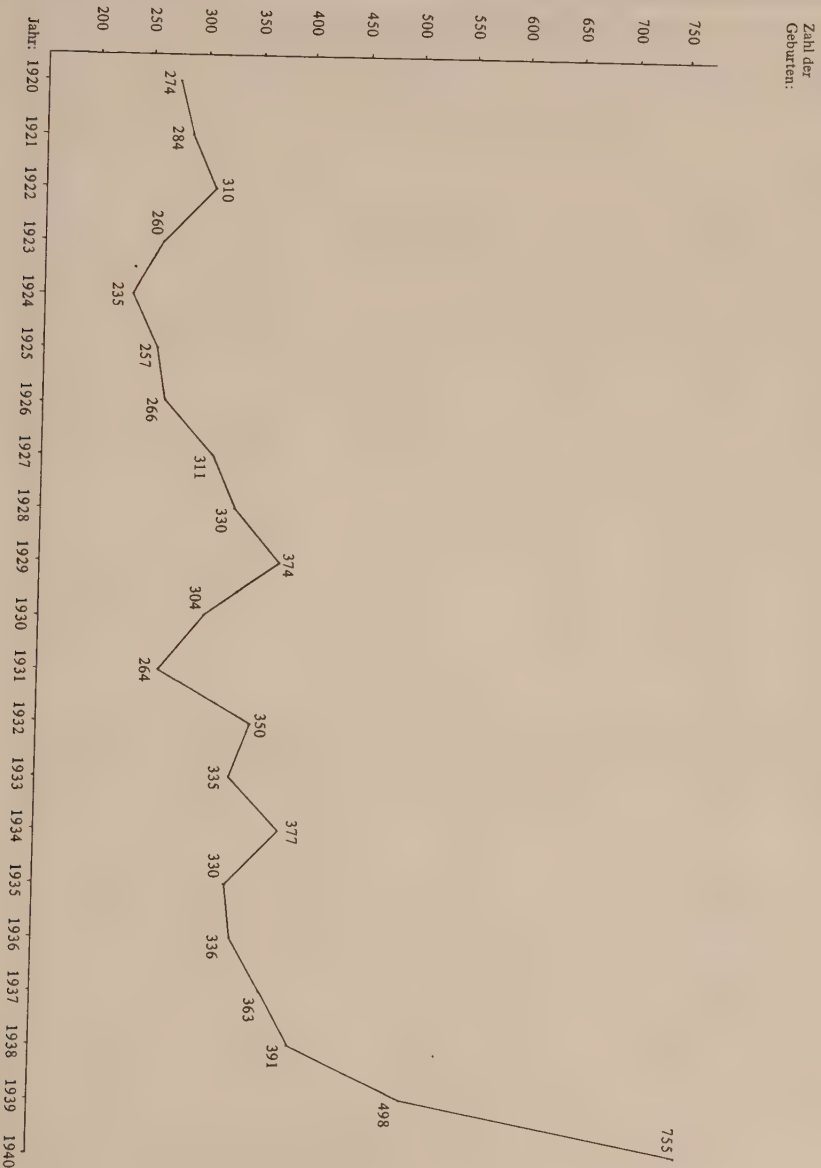
Ein weiterer Faktor, der in der Statistik möglicherweise seinen Niederschlag findet, ist die endgültige Etablierung einer modernen Infektionsabteilung. Sie macht Überweisungen z. B. an die Universitäts-Kinderklinik überflüssig. Auch die Kinderchirurgie scheint erweitert, denn Hemmungsmißbildungen oder Geburtsanomalien werden im Hause versorgt. Es ist eindeutig festzustellen, daß der Prozentsatz der Abgänge durch "Überweisungen/zur Beobachtung" erheblich sinkt.

Zur allgemeinen Vergrößerung des Klientel trägt der Ausbau und die öffentliche Förderung der eigenen Polikliniken bei. Insbesondere eine getrennt geführte Poliklinik für psychisch auffällige Kinder eröffnet einen weiteren Patientenkreis.

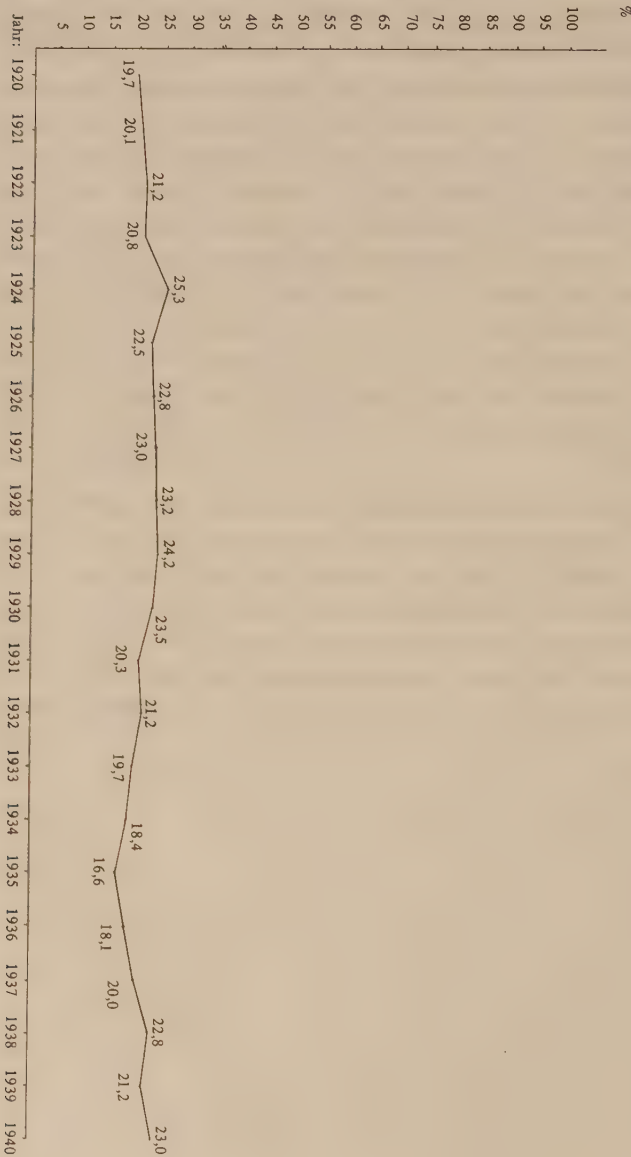
Letztlich überweisen auch die immer beliebter werdenden Fürsorgestellen in den Bezirken Fälle kranker oder unklarer Entwicklungen wieder an das K.A.V.H. Das Kaiserin Auguste Victoria Haus nimmt jetzt tatsächlich eine zentrale Rolle bei der ärztlichen und fürsorgerlichen Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern ein. Belastende Einzelprobleme scheinen gelöst. Die Frage der künstlichen Ernährung wird durch ein erfolgreiches "Grundrezept", das als Eledon (49) jetzt als Fertigprodukt hergestellt wird, überwunden. Die sozialen Faktoren, die dem organisierten Kampf gegen Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit stets entgegenstanden, scheinen in optimistischer Betrachtungsweise zu schwinden.

Diese zukunftsorientierte Grundrichtung der Anstalt spiegelt sich in der zahlenmäßig positiven Entwicklung dieser Jahre wider. Insgesamt sind sie jedoch nur eine Intensitätssteigerung einer lange bestehenden prosperierenden Kontinuität des Hauses, die erst mit dem Zweiten Weltkrieg wieder abbricht. Im Vergleich zur Gesamtaufnahmestatistik zeigt die Statistik der Geburtenfrequenz eine ebenfalls kontinuierlich ansteigende Tendenz.

Geburtenfrequenz des K.A.V.H. während der Jahre 1920 bis 1940



Anteil der Geburten an der Aufnahmefrequenz des K.A.V.H. während des Zeitraumes von 1920 bis 1940



Die Entwicklungen der Geburtenfrequenz von der Gründung des K.A.V.H. im Jahre 1909 an zeigen eine ständige Zunahme der Geburten bis zum Jahr 1915, dann eine Abnahme in den Jahren 1916 und 1917, der ein neuer Anstieg ab dem Jahr 1918 folgt. In absoluten Zahlen ausgedrückt, werden im Gründungsjahr 71 Kinder geboren, im Jahr 1918 sind es bereits 215 Kinder.

Jahr	Eheliche	davon I. u. II. Klasse	Uneheliche	Insgesamt
1909	21	3	50	71
1910	48	8	101	149
1911	115	20	92	207
1912	128	31	95	223
1913	134	52	97	231
1914	165	48	87	252
1915	195	64	68	263
1916	155	54	68	223
1917	155	53	33	188
1918	116	31	27	143
(1.I.-31.VIII.)				
Summe	1232	364	718	1950 (50)

Die Entwicklung der absoluten Geburtenzahlen während des hier untersuchten Zeitraumes von 1920 bis 1940 zeigt einen Geburten-tiefpunkt (235 Kinder) im Jahre 1924 und einen Geburtengipfel (755 Kinder) im Jahre 1940.

Diese Werte sind wohl wiederum innerhalb der von äußeren Faktoren beeinflussten Gesamtentwicklung zu interpretieren. Die tiefste Eckzahl als Ausdruck der allgemeinen Depression erscheint ebenso verständlich, wie die höchste Rate als Ergebnis einer politisch und sozial motivierten Geburtenzunahme.

Auffällig sind die steten Zuwachsraten im Zeitraum von 1924 bis 1929 sowie in den Jahren von 1935 bis 1940. Die erste Phase dieses Prozesses mag durch ein gewisses "Entbindungsbewußtsein" erklärt sein. Die Hausentbindung wurde wohl nicht mehr als die ~~einzig~~ akzeptable Möglichkeit der Entbindung empfunden. Das

galt vor allem für sogenannte gebildete Kreise. Dazu war die Einsicht gekommen, daß gerade die Fütterungsregeln und -mischungen des Hauses der gesunden Aufzucht des Säuglings zugute kamen. Das Entbinden im K.A.V.H. scheint in den Jahren 1924 bis 1929 in Mode gekommen zu sein.

Die zweite Phase des Aufschwunges könnte Faktoren sozialer Umstrukturierungen beinhalten. Die Personen, die in diesen Jahren zur Entbindung kommen, entstammen zu fast gleichen Teilen aus der arbeitenden Bevölkerung sowie den selbständig tätigen Kreisen. Für breite Bevölkerungskreise scheint die Zunahme der Geburtenhäufigkeit eine gewisse Zukunftsorientierung auszudrücken. Im Wandel wirtschaftlicher Vorstellungen im Privatbereich steigt auch die Attraktivität einer bestausgerüsteten Entbindungsklinik.

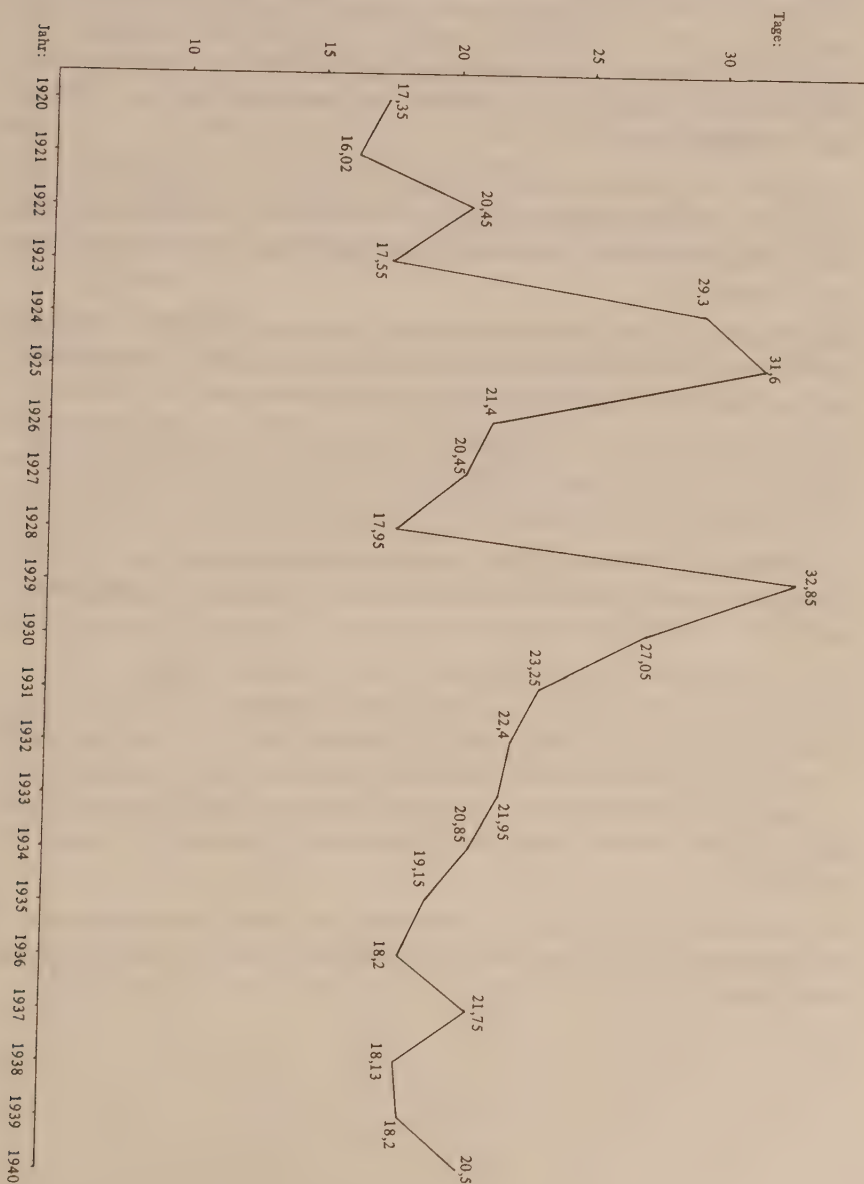
Eine Umrechnung der absoluten Zahlen in Prozentanteile der gesamten Aufnahmefrequenz relativiert allerdings diese Interpretation. Während des gesamten Untersuchungszeitraumes bewegt sich der Prozentsatz immer zwischen 15 % und 25 %. Es sind nur wenige Prozentpunkte, die es begründen würden, einen "Geburtenboom" oder eine generelle Hinwendung zu Entbindungsanstalten anzunehmen.

Die Statistiken lassen nur einen sicheren Schluß zu: Die Anziehungskraft des K.A.V.H. als Anstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit nimmt insgesamt zu.

Wenn aber Aufnahme- und Geburtenfrequenz Einflüssen sozioökonomischer Entwicklungen unterliegen, dann erscheint es als letzten Vergleich innerhalb der hier dargestellten Gesamtübersichten interessant, zu den Belegzahlen die Liegezeiten zu betrachten. Verpflegungstage haben wohl eine direkte Beziehung zu wirtschaftlichen Notwendigkeiten.

Im Vergleich zu den Statistiken über Aufnahme- und Geburtenhäufigkeiten zeigen sich bei den durchschnittlichen Liegezeiten (Verpflegungstage) unterschiedliche Tendenzen.

Durchschnittliche Liegezeiten (Verpflegungstage) im K.A.V.H.
während des Zeitraumes von 1920 bis 1940



Im Gegensatz zur Aufnahmefrequenz, die in wirtschaftlich schwachen Jahren zu sinken scheint, steigen gerade in diesen Jahren die Liegezeiten erheblich an. In "normalen" Zeiten, d. h. in Jahren relativer Stabilität, beträgt die durchschnittliche Liegezeit im K.A.V.H. um 20 Tage. Das ist im Zeitraum von 1920 bis 1923 der Fall, dann in den Jahren von 1926 bis 1928 und zuletzt von 1934 bis 1940.

Die Jahre, in denen im Durchschnitt die längsten Liegezeiten ermittelt wurden, sind die Jahre 1924 mit 29,3 Liegetagen, 1925 mit 31,6 Liegetagen, 1929 mit 32,9 Liegetagen und 1930 mit 27,1 Liegetagen.

Wenn als Parameter wirtschaftlicher Notzeiten die Arbeitslosigkeit eingesetzt werden kann, dann sind genau diese Jahre Zeiten, in denen soziale Probleme am größten waren.

In der Statistik zum Stand der aufgenommenen Personen ist in diesen Jahren der Sozialstatus "Arbeitslos" am häufigsten in der Anamnese des Krankenblattes vermerkt.

Eindrucksvoll auffällig ist wiederum der Zeitraum von 1931 bis 1933, der gleichzeitig die größten Zuwachsraten an Aufnahmen und relativ hohe Liegezeiten beinhaltet.

Es ist offenbar möglich gewesen, eine optimale Pflege einer möglichst großen Anzahl von Patienten zukommen zu lassen. In diesen Zahlen ist sicher miteingeflossen, daß nur geringe wirtschaftliche Gesichtspunkte die Betreuung der Säuglinge und Kleinkinder einschränkten. Es wird auch eine Rolle gespielt haben, daß man länger währende Krankheiten zunehmend im Haus behandelt hat.

Die Graphik der Liegezeiten erscheint in ihren Extrempunkten aussagekräftig für die Zeit - in den Mittelwerten nur interpretationsfähig.

Resümee:

Die Aufnahmefrequenz der kranken Kinder und entbindenden Frauen steigt im Zeitraum von 1920 bis 1940 um 50 %.

In wirtschaftlich schlechten Zeiten, 1923-1925 und 1929-1930, sinken die Aufnahmen und steigen die Liegezeiten. In "normalen" Zeiten, d. h. relativer Stabilität beträgt die Liegezeit aller Einweisungen durchschnittlich 20 Tage.

Im untersuchten Zeitraum steigt die Geburtenfrequenz, sie beträgt im gesamten Untersuchungszeitraum durchschnittlich 20 % der Aufnahmen.

Geburtentiefpunkt ist das Jahr 1924 mit 235 Kindern und der Geburtengipfel mit 755 Kindern im Jahre 1940. Der Geburtentiefpunkt fällt somit in die Zeit der allgemeinen Depression. Der Geburtengipfel im Jahr 1940 spricht für die Familienpropaganda des damaligen politischen Systems. Gründe für den Anstieg der Aufnahmefrequenz sind neben der optimalen Versorgung die Einführung einer Infektionsabteilung, die Überweisungen überflüssig machten. Weitere Erfolgsgründe sind die Vervollkommenung der künstlichen Ernährung u. a. mit dem im K.A.V.H. entwickelten Fertigprodukt Eledon.

4.2. Das Krankenblatt des kranken Kindes im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940

4.2.1. Der formale Aufbau des Krankenblattes des kranken Kindes im K.A.V.H. von 1920 bis 1940

Die Krankendokumentation des kranken Kindes umfaßt zwei Teile. Das eigentliche Krankenblatt besteht aus zwei Doppelseiten im Format 37,5 cm x 24 cm. Als zweiter Teil gehört zur Dokumentation ein Verlaufskurvenblatt im Format 38,5 cm x 49,5 cm, das verlängert werden konnte und einseitig bedruckt und beschrieben wurde.

Das Verlaufskurvenblatt beinhaltet einen zentralen Mittelteil, der neben der Blutdruck-, Puls-, Temperatur- und Gewichtsverhaltenseinteilung gesonderte Abteilungen für Medikationen, Symptome und Nahrung enthält.

Am linken seitlichen Rand ist der Aufnahmebefund mitgeteilt: Datum, Alter, Gewicht, Länge, Kopfumfang, Brustumfang und Sitzhöhe - das gleiche ist am rechten seitlichen Rand als Entlassungsbefund gefragt.

Im Kopfteil finden sich interne Krankenhausvermerke (Station/Zimmer), daneben Angaben über Geschwister, über Stand und Alter der Eltern. Dann folgen Aufnahmediagnosen und noch einmal Aufnahme-tag, -alter und -gewicht.

Im unteren Teil des Verlaufskurvenblattes sind - meist vernachlässigt - Rubriken für Beikost in Gramm, Appetit, Kalorien pro Kilogramm, Stuhlgang, Urin und Diagnosen aufgeführt.

Das eigentliche Krankenblatt des kranken Kindes ist in vier große Teile gegliedert. Der erste Teil beinhaltet Angaben zur Person und Diagnosen, Angaben zur Vorgeschichte, Angaben zur jetzigen Erkrankung und allgemeine Angaben. Er dokumentiert Geburtstag, Geburtsort, Wohnort und Stand der Eltern in einer ersten Abteilung. In einer zweiten Abteilung folgen Geburtsgewicht, Aufnahmealter und Aufnahmegewicht, die akute Krankheit mit allen Diagnosen. Entlassungsdaten wie Dauer der Erkrankung

und Entlassungsort befinden sich in einer dritten Abteilung. Abgeschlossen wird der erste Teil von einer graphisch herausgehobenen Rubrik der Hauptdiagnose (meist mit Schlüssel), an die sich eine abgesetzte Spalte für Nebendiagnosen anschließt.

Der zweite Teil gliedert die Vorgeschichte des kranken Kindes in seine Familiengeschichte, in soziale Verhältnisse und Allgemeines. Zur Familiengeschichte gehören Alter, Konstitution, Krankheiten und Sterbefälle mit Ursachen von Eltern und Großeltern mütterlicherseits sowie von den Geschwistern. Zu den sozialen Verhältnissen gehören die Fragen nach Wohnung, Wirtschaftslage und ob das Kind ein eigenes Bett besitzt. Dann Fragen, die die eigene Person betreffen, wie Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, Entwicklung, frühere Krankheiten und besondere Krankheitsbereitschaften.

Der dritte Teil enthält den Krankheitsverlauf ohne jede weitere schematisierende Untergliederung. Nach einem Status präsens wird das Befinden des kranken Kindes aufgeführt. Heilungstendenzen werden geschildert, seltener Heilungsmethoden. Der Allgemeineindruck, die Stimmung des kranken Kindes stehen im Vordergrund, nicht so sehr das Verhältnis von medikamentöser Therapie und empirischem Erfolg.

Der 4. Teil des Krankenblattes des kranken Kindes ist überhaupt nicht vorformuliert. Entlassungsbefund in einem Wort und eine knappe Epikrise sind handschriftlich zusammengefaßt.

4.2.2. Statistischer Vergleich ausgewählter Inhalte im Krankenblatt des kranken Kindes vom K.A.V.H.

Vergleichende Untersuchungen sind nur für solche Phänomene sinnvoll, die wichtig genug und über einen längeren Zeitraum hinweg dokumentiert sind.

Beim Krankenblatt des kranken Kindes gehören dazu: die Hauptdiagnosen, die Behandlungsdauer, das durchschnittliche Aufnahmealter, die Entlassungsgründe und mit Einschränkungen soziale Aussagen zu Stand und Lebensverhältnissen der Eltern. Diese Einschränkung muß gemacht werden, da die Rubrik Soziales sehr unterschiedlich detailliert ausgefüllt wurde. Die Auswertung der Sozialanamnesen wird in einem folgenden Abschnitt dieser Arbeit vorgenommen.

Die Therapiemethodik zu einem bestimmten Krankheitsbild konnte prinzipiell über einen längeren Zeitraum nicht untersucht werden, da z. B. unter der Rubrik Medikationen meist unvollständige, uneinheitliche und kürzelhafte Eintragungen erfolgt sind.

In den in diesem Zusammenhang ebenfalls interessierenden Verlaufsberichten der Krankenakten sind überwiegend Zustandsbilder, weniger Heilmethoden geschildert. Nur zu einem Krankheitsbild, dem Keuchhusten, habe ich eine vergleichende Untersuchung in einem folgenden Abschnitt dieser Arbeit vorgenommen. Das zweite Interesse an einer Untersuchung zu einem zweiten Syndrom, das der Dyspepsie, den Magen- und Darmstörungen und den Diätbehandlungen mußte aufgegeben werden, weil das Vergleichsmaterial nur sehr ungenau und inkonsequent den Akten zu entnehmen war.

Im folgenden soll für einen Jahrgang nach dem Diagnoseschlüssel die Krankheitshäufigkeit, Geburtenfrequenz und Sterbefälle aufgelistet werden. Anschließend folgt ein Überblick über die durchschnittlich am häufigsten auftretenden Erkrankungen im Zeitraum 1920 - 1940.

Insgesamt hat man 120 Krankheitsdiagnosen verschlüsselt.

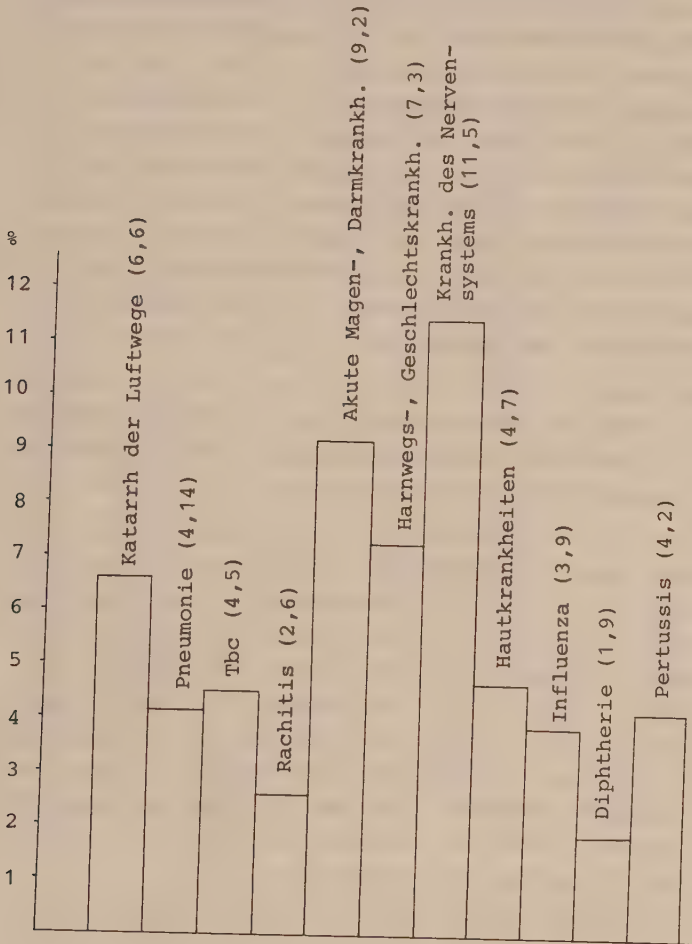
Krankheitshäufigkeiten, Geburtenfrequenz und Sterbefälle des Jahres 1920

(1) Angeborene Lebensschwäche	6%	(68) Pleuritis Empyem	<1%
(2) Angeborene Mißbildungen	<1%	(69) And. Atmungsorgankrankh.	
(4) Idiotie/Hypoplasie	1%	(70) Herz-, Herzbeutelentz.	
(5) Pocken (Verdacht)		(71) Klappenfehler	<1%
(6) Varizellen		(75) Lymphdrüsenentzündung	<1%
(7) Scharlach		(76) Zahn-, Mundhöhlenkrankheit	
(8) Masern und Röteln	<1%	(77) Mandelentzündung	<1%
(9) Diphtherie u. Krupp	<1%	(78) Speiseröhrenerkrankung	<1%
(10) Keuchhusten (Pertussis)	<1%	(79) Schilddrüsenerkrankung	<1%
(11) Mumps		(80) Akut. Magen-, Darmkatarrh	6%
(14) Paratyphus		(81) Magengeschwür u. -blutung	<1%
(15) Genickstarre (Meningitis)	1%	(82) Pylorospasmus	<1%
(16) Rose (Erysipel)	<1%	(83) Chron. Darmkrankheit	<1%
(17) Trismus u. Tetanus neon.		(84) Blinddarmentzündung	<1%
(18) Pyämie, Septikämie	<1%	(85) Leistenbruch, Brüche	<1%
(21) Skrofulose	<1%	(86) Innerer Darmverschluß	<1%
(22) Lungentuberkulose	<1%	(88) Leberkrankheiten	
(23) Tuberkulose and. Organe	2%	(89) Nierenkrankheiten	<1%
(24) Lungenentzündung		(90) Blasenkrankheiten	1%
(25) Influenza (Grippe)	1%	(91) Blasensteine	
(26) Gelenkrheumatismus		(92) Männl. Geschlechtsorgan	
(27) Malaria		(93) Weibl. Geschlechtsorgan	
(30) Ruhr (Dysenterie)	2%	(95) Krätze	<1%
(31) Gönorrhoe (Vulvo vag.)	<1%	(96) Hautausschläge	2%
(33) Syphilis (Lues cong.)	2%	(97) Zellgewebsentzündung	<1%
(36) Bandwurm u. and. Würmer	<1%	(98) And. Krankh. äußere Bed.	<1%
(39) Andere Infektionen		(99) Knochen-, Knochenhautkrankh.	<1%
(40) Bleichsucht u. Anämie	<1%	(100) Gelenkerkrankungen	
(41) Leukämie		(101) Myopathie (unbek. Genese)	<1%
(42) Rachitis	2%	(103) Krankh. äußeres Ohr	
(43) Zuckerruhr (Dia. mell.)		(104) Mittelohrkrankheit	<1%
(45) Morbus Barlowii	<1%	(106) Ansteck. Augenkrankheit	
(47) Andere Vergiftungen		(107) And. Augenkrankheiten	<1%
(48) Hitzschlag		(108) Quetschungen (auch Geburt)	
(49) Andere allg. Krankheiten	2%	(109) (z.B.) Schädelfraktur	
(51) Bösartige Neubildungen	<1%	(115) Unt. Gliedm. Knochenbruch	
(52) Gutartige Neubildungen	<1%	(120) Wunden	
(53) Geisteskrankheiten	<1%	(V) Unbestimmte Diagnose	
(54) Gehirnhautentzündungen	<1%	(VI) Nichtkranke Kinder	9%
(56) Andere Gehirnkrankheiten	<1%	(VII) Im Hause geborene Kinder	20%
(57) Epilepsie		(+61) Todesfall n. Krankheit	13%
(58) Spasmophilie	<1%	(+1) Todesfall n. Geburt	<1%
(59) Chorea			
(61) And. Rückenmarkskrankh.	<1%		
(62) And. Nervensystemkrankh.	<1%		
(63) Krankheit d. Nase	1%		
(64) Kehlkopfkrankheit			
(65) Akuter Katarrh Lufttröhre	3%		
(66) Chron. Katarrh Luftwege	1%		
(67) Chron. Pneumonie	1%		

Die häufigsten Krankheitsbilder im Zeitraum von 1920-1940 in %

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Katarrh der Luftwege	4,5	5,5	13	10	7	4	6,5	6	5,5	8,5	6,5
Pneumonie	2	2	5,5	5	2	5	4	4	3	4	5,5
Rachitis	2,5	3	4,5	4	3	3	2,5	2	4,5	4	2
Tuberkulose	4,5	7	4,5	3,5	5	6	7	6,5	6	4	6
Akute Magen-, Darmkrankh.	6,5	11,5	12,5	9	8,5	8	9	10	8,5	10	4
Hautkrankheiten	3	3	4	5,5	3	4,5	6	6	4	5,5	4
Diphtherie u. Krupp	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1	2	2
Influenza	2,5	4	4	4	5	3	3	3	3	3	2
Harnwegs-, Geschlechtskr.	7	7	10	6,5	7,5	9,5	12	11	9,5	5	7,5
Krankh. d. Nervensystems	10	9	13	14	10	13	12	12	13	10	13
Pertussis	0,1	0,3	0,6	0,1	0,4	0,5	2,8	3,2	7,1	16,6	16,3
	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	
Katarrh der Luftwege	7,5	7,5	7,5	6	5	5,5	7,5	8,5	4	3	
Pneumonie	6	7,5	9	5	5,5	5	6	-	-	-	
Rachitis	1	2	2	3	2	2,5	1,5	2	2	1	
Tuberkulose	4	3	6	3	1	2	4	4	3,5	4	
Akute Magen-, Darmkrankh.	9	8	8	9,5	12	12	8	9	11	10	
Hautkrankheiten	3	4,5	4	9	6	6	5	4,5	4	4,5	
Diphtherie u. Krupp	1	1	2	2	6	2	2	4	3	2	
Influenza	4,5	4	5	4	4	6,5	6	5	4	3,5	
Harnwegs-, Geschlechtskr.	6	4	9,5	6	11	6	6	5	3,5	3	
Krankh. d. Nervensystems	9	9	10,5	10	14,5	13	13,3	14	11,5	7	
Pertussis	8,4	6,8	5,3	6,8	3,9	2,3	1,9	1,6	1,9	1,3	

Die im Durchschnitt am häufigsten aufgetretenen Erkrankungen
im K.A.V.H. in den Jahren 1920-1940 in %



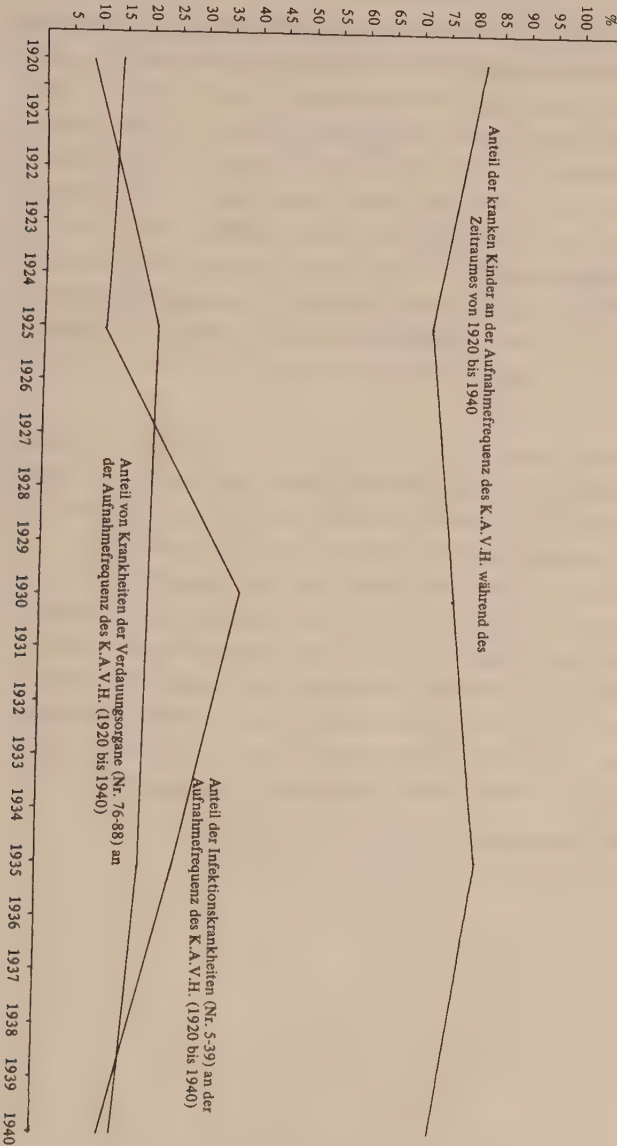
Einige dieser Schlüsselzahlen werden in den Krankenakten noch weiter unterteilt. So wird die Miliartuberkulose als 23d bezeichnet, die Hirschsprung'sche Krankheit als 4c und die Hypotrophie manchmal als 83a, manchmal als 83b. Diese Verschlüsselungen 83a bzw. 83b werden auch bei Dystrophien und bei Dyspepsien eingesetzt. Ernährungsstörungen sind 49b - das ist eine Schlüsselzahl, die ein anderes Mal bei Neuropathien benutzt wird und auch bei konstitutioneller Minderwertigkeit. Die Bronchialdrüsentuberkulose wird mit 22a verschlüsselt, ein anderes Mal aber auch mit 23a. Bronchopneumonie ist 67a, Durchfall 80a, Mongolismus 4a ebenso wie Idiotie und das Ekzem uneinheitlich 49a. Die Liste der Ungereimtheiten ließe sich durch die Jahre fortführen. Je komplizierter die Verschlüsselung, desto uneinheitlicher die Handhabung.

Diese uneinheitliche Interpretation erschwert eine Häufigkeitsaussage. Dazu kommt als Fehlerquelle, daß nur die Hauptdiagnose schon bei der Aufnahme verschlüsselt wird, während sich später eine Nebendiagnose als eigentliche Krankheit herausstellt.

Von den 120 Krankheitsdiagnosen, die mit Schlüsselzahlen bezeichnet werden, sind im Krankenblatt des kranken Kindes im K.A.V.H. nur ungefähr 60 Zahlen regelmäßig, 30 fast niemals angewendet worden. Die beiden häufigsten Krankheitsgruppen sind die Infektionskrankheiten (Nr. 5-39), dort vor allem die Influenza (Grippe/Nr. 25), und die Krankheiten der Verdauungsorgane (Nr. 76-88), dort vor allem der akute Magen-, Darmkatarrh (Nr. 80) und die chronische Darmkrankheit (Nr. 83). Diese beiden Krankheitsgruppen wechseln sich zwar in ihrer Bedeutung ab, nehmen aber insgesamt über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg den jeweils größten Prozentsatz ein.

Die Entwicklung beider Gruppen zeigt folgende Graphik:

Anteil von kranken Kindern bzw. von ausgewählten Krankheits-
gruppen an der Aufnahmefrequenz des K.A.V.H. im Zeitraum von
1920 bis 1940

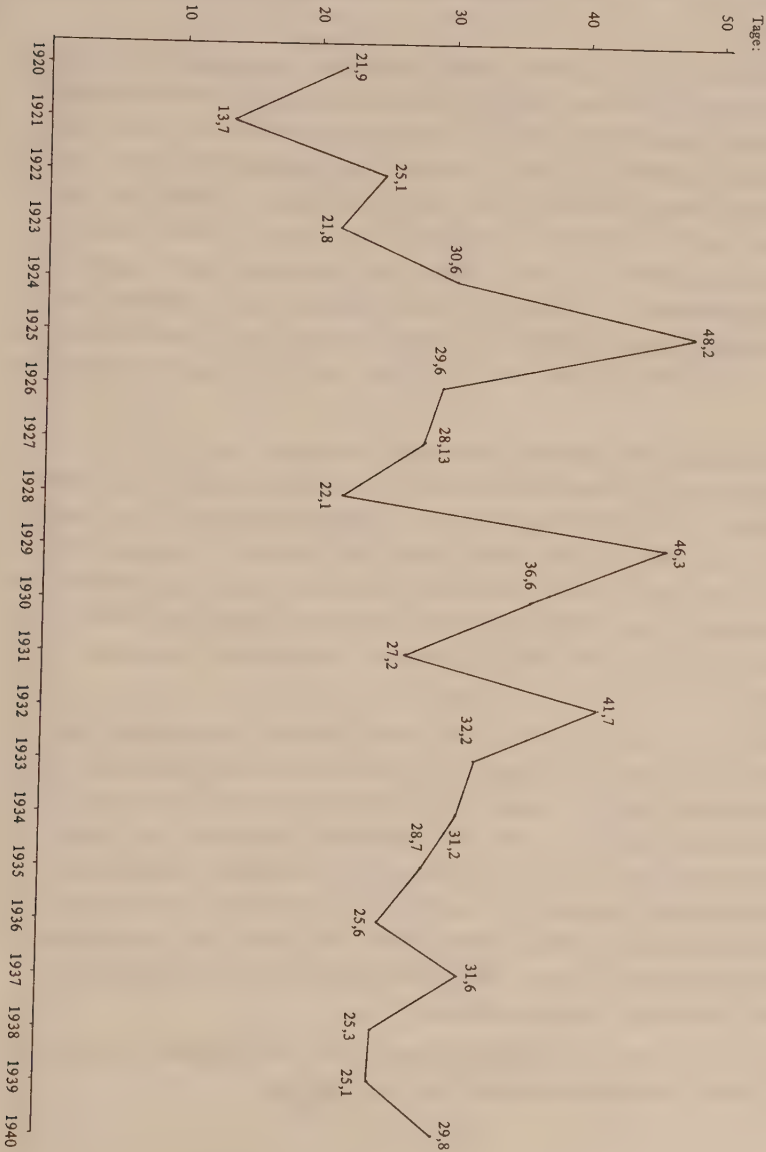


Im Jahr 1920 und in den Vorjahren waren die Infektionskrankheiten die häufigste Aufnahmeursache. Das ändert sich ab dem Jahr 1922, in dem ansteigend und vielleicht parallel zur sich verschlechternden sozialen Entwicklung Krankheiten wie Dyspepsien, Dystrophien und Enterokatarre den vorderen Platz der Hauptdiagnosen ausmachen. Ihr Erkrankungsgipfel wird im Jahr 1925 erreicht, ab diesem Zeitpunkt bleibt der Anteil dieser Syndrome etwa gleich zwischen 15 Prozent und 25 Prozent aller behandelten Krankheiten. Im Gegensatz dazu haben die Infektionskrankheiten ab dem Jahr 1925 wieder einen auffälligen Anstieg, der mit dem Erkrankungsgipfel im Jahr 1930 seinen Höhepunkt findet. Danach schwächt sich diese Entwicklung wieder erheblich ab, und in den Jahren 1938/39 unterschreitet der Gesamtprozentsatz der Infektionskrankheiten erneut den der Verdauungsorganleiden.

Neben diesen beiden Hauptkrankheitsgruppen, die sich in ihrer Bedeutung durch den Untersuchungszeitraum abwechseln, ergeben sich weitere Interpretationsmöglichkeiten aus den hier vorgelegten Tabellen: Der prozentuale Anteil der Frühgeborenen bleibt im gesamten Zeitraum von 1920 bis 1940 annähernd gleich. Er beträgt im Mittel 4,5 % bis 5,5 % der Neugeborenen. Erstaunlich ist die Bedeutung der "klassischen" Kinderkrankheiten (Varizellen, Scharlach, Masern, Diphtherie, Mumps und Pertussis). Sie spielen in der Statistik nur eine relativ untergeordnete Rolle. Zur Pertussis-Darstellung wird in einem folgenden Abschnitt dieser Arbeit noch gesondert eingegangen.

Zu den Zahlen der Krankheitshäufigkeiten könnte eine Korrelation mit der Behandlungsdauer möglich sein:

Durchschnittliche Behandlungsdauer des kranken Kindes im
K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940



Die Behandlungsdauer des kranken Kindes im K.A.V.H. beträgt in den Jahren von 1920 bis 1940 im Durchschnitt 32,3 Verpflegungstage.

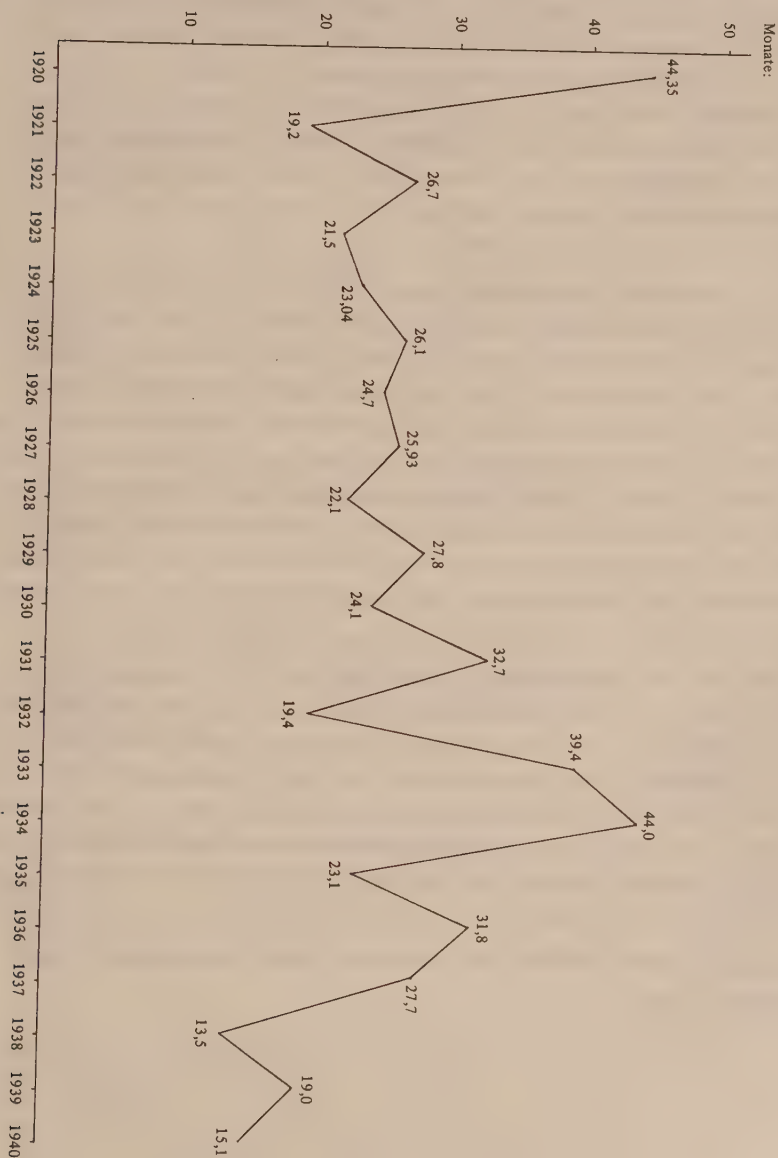
In der Kurve der Liegetage fällt auf, daß in Zeiten wirtschaftlicher Depression die Behandlungsdauer über dem Durchschnitt liegt. Die staatlichen Subventionen waren während dieser Zeit nicht mehr garantiert. Ein größerer Patientendurchgang finanziell nicht mehr tragbar. Die Kinder wurden keinesfalls zu früh aus der stationären Behandlung entlassen, eher länger in Gewahrsam gehalten. Es ist also nicht verwunderlich, wenn die Verpflegungstage in Zeiten der Not steigen und gleichzeitig die Aufnahmen von Patienten sinken. In der Kurve der Liegetage wird dies in den Jahren 1924 bis 1925 und 1929 bis 1930 sichtbar.

Dadurch werden die beiden Tendenzen unterstrichen, die schon im vorhergehenden Abschnitt über Gesamtentwicklungen angedeutet wurden. In Zeiten wirtschaftlicher Depression, hier ausgeprägt in den Jahren 1925 und 1929, sind längere Liegezeiten zu verzeichnen. Der zweite Trend betrifft die vermutete Konsolidierungsphase von 1933 bis 1940, der auch durch die Zahlen der durchschnittlichen Behandlungszeiten im Prinzip bestätigt worden ist.

Es wirken sich allerdings auch die Aufnahmen neuer Krankheitsgruppen zur Behandlung auf die Liegezahlen aus. Besonders lange Behandlungszeiten haben z. B. Pyurien, Nephritiden und Hepatopathien, welche in den Anfangsjahren des K.A.V.H. stets überwiesen wurden, jetzt aber behandelt werden. Auch Infektionskrankheiten werden in zunehmenden Maße im eigenen Hause behandelt, gerade in den Jahren 1925 bis 1929 mit besonders langen Liegezeiten. Dies ist auch für die zunehmende Erkrankung an Pertussis festzustellen.

Ein Vergleich mit der Lebensalterskurve des kranken Kindes zeigt davon unterschiedliche Entwicklungen:

Durchschnittsalter des kranken Kindes im K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940



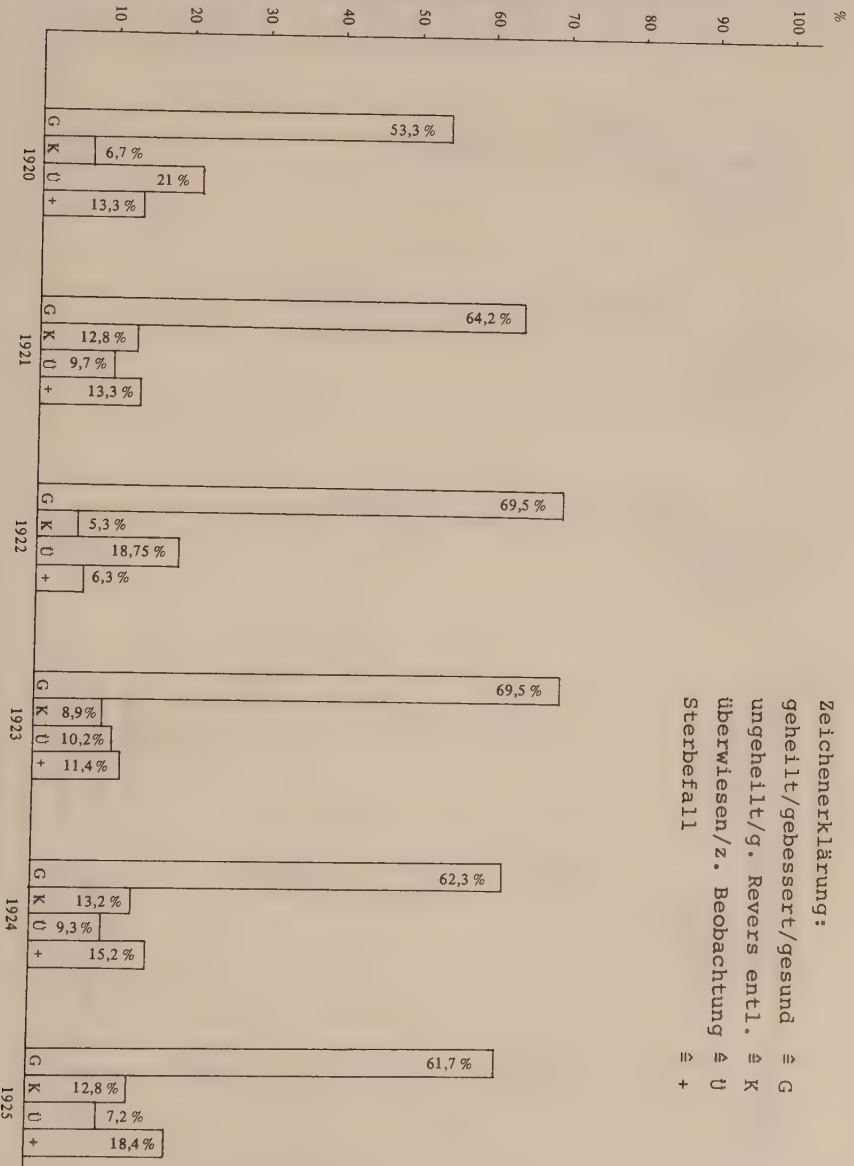
Die Lebensalterkurve, die an Hand der Durchschnittsalter der kranken Kinder in den Jahren von 1920 bis 1940 erstellt ist, verändert sich erst auffällig in der 2. Hälfte des Untersuchungszeitraumes. Im Mittel des gesamten Materials von 1920 bis 1940 beträgt das Durchschnittsalter 26,3 Monate. Dieser Durchschnitt ist auch für die Jahre 1920 bis 1930 festzustellen. Von 1930 an kann eine Aufwärtstendenz verzeichnet werden bis zum Altersgipfel von 44 Monaten im Jahr 1935. Überdurchschnittliche Werte sind bis 1937 zu erheben, dann ist die Entwicklung wieder rückläufig.

Es ist vielleicht davon auszugehen, daß diese Verschiebung innerhalb der Altersgruppen auf eine Veränderung des Krankengutes zurückzuführen ist. Zwar bleiben - wie oben bereits ausgeführt - die Infektions- und die Magen-Darmkrankheiten im gesamten Untersuchungszeitraum die prozentual wesentlichste Gruppe, aber es werden zunehmend Kinderkrankheiten behandelt, die bei etwas älteren Kindern auftreten. Bei einer ständigen Zunahme der Patientenzahlen und etwa gleichbleibenden Geburts- und Ernährungsstörungen mußte sich das Gewicht der ärztlichen Tätigkeiten auf Erkrankungen des Nachsäuglingsalters verlagern.

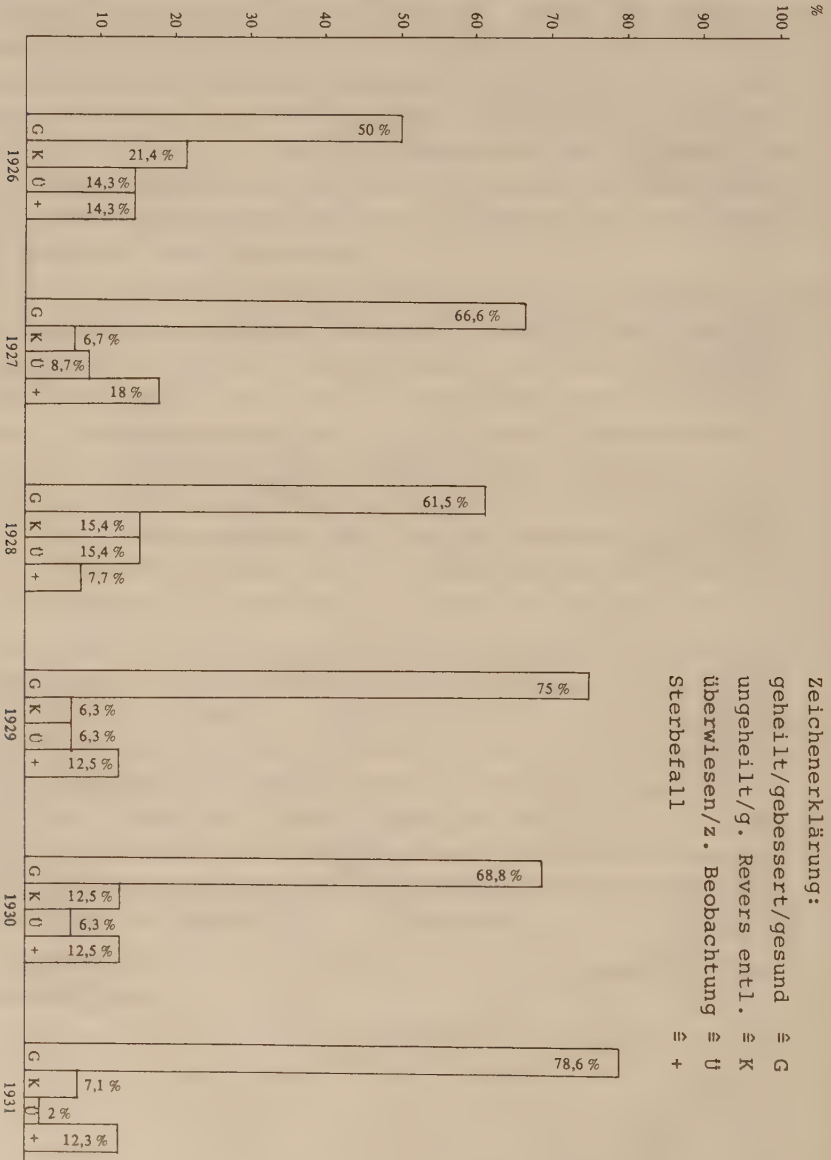
Hierzu gehören die Syndromgruppen der Impetigo, Urtikaria, Ekzeme, die der Hemmungsmißbildungen, die der chirurgischen Fälle, wie z. B. der Pharyng~~a~~labszeß, und die der geistigen Retardierungen, die erst in späteren Jahren auffallen. Aber es fällt auch die Altersentwicklung bei den Erkrankungen der Atemwege, Bronchitis, Angina lacunaris, auf, die in den Jahren von 1920 bis 1930 noch nicht eigentlich zum Patientenkreis des K.A.V.H. gezählt hatten. Es scheint die Entwicklung vom "Säuglingsheim" zur Kinderklinik zu bestätigen.

Das könnte sich auch in der Statistik der Entlassungsgründe niederschlagen:

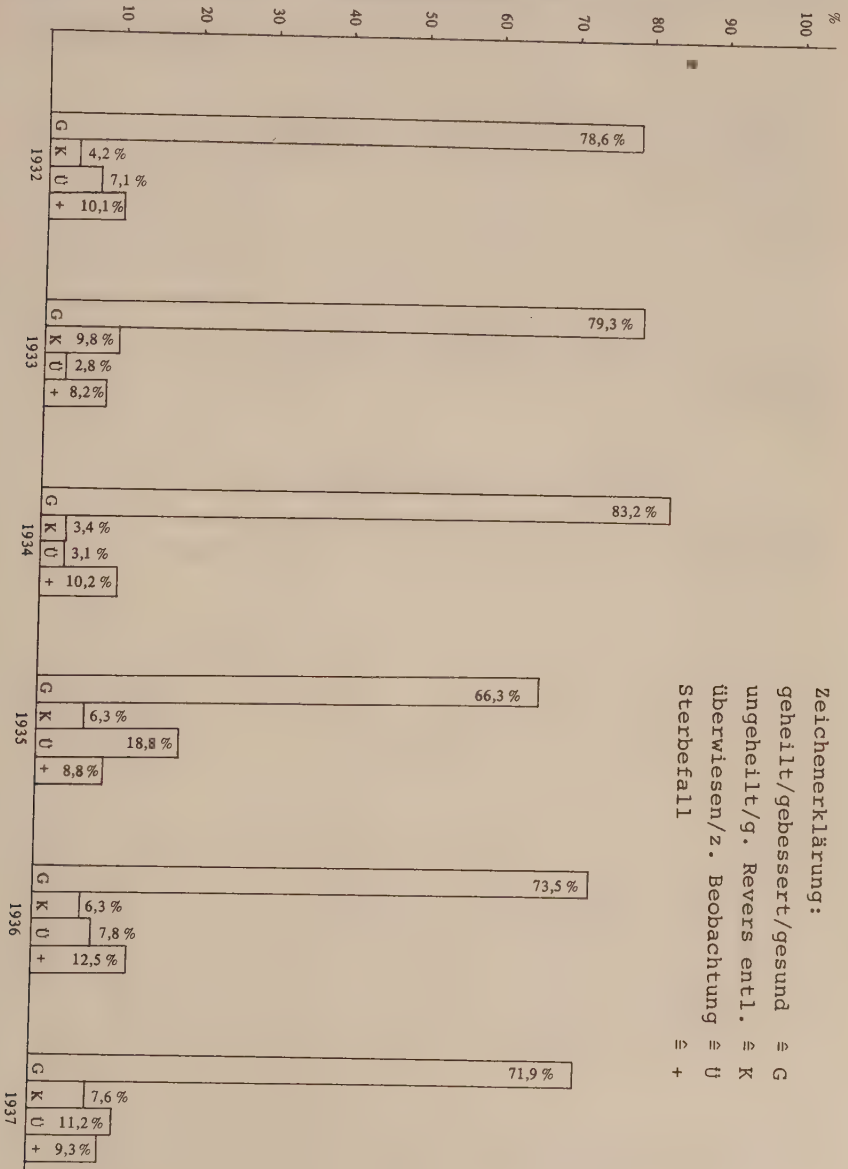
Häufigkeiten der Entlassungsgründe vom kranken Kind aus dem K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1925



Häufigkeiten der Entlassungsgründe vom kranken Kind aus dem
K.A.V.H. im Zeitraum von 1926 bis 1931

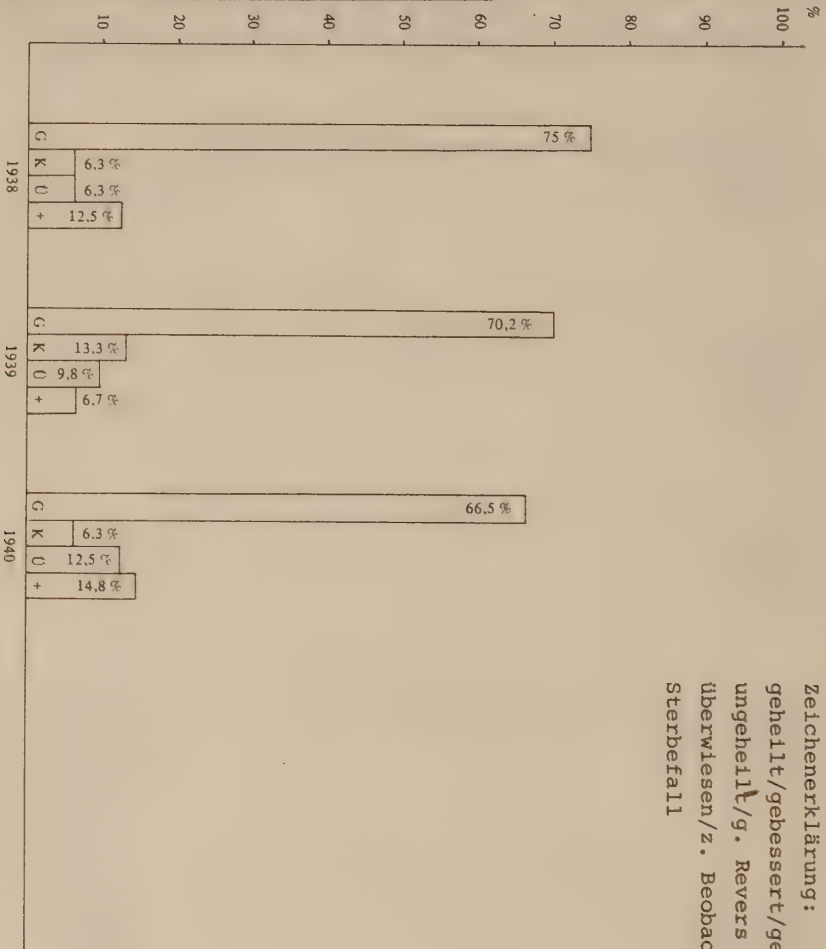


Häufigkeiten der Entlassungsgründe vom kranken Kind aus dem K.A.V.H. im Zeitraum von 1932 bis 1937



Zeichenerklärung:
 = G geheilt/gebessert/gesund
 = K ungeheilt/g. Revers entl.
 = U überwiesen/z. Beobachtung
 = + Sterbefall

Häufigkeiten der Entlassungsgründe vom kranken Kind aus dem
K.A.V.H. im Zeitraum von 1938 bis 1940



Zeichenerklärung:
 G gesund
 K ungeheilt/g. Revers
 U überwiesen/z. Beobachtung
 + Sterbefall

Zur Aufstellung der Entlassungsgründe habe ich 4 Hauptgruppen gewählt.

Die erste Gruppe beinhaltet die Diagnosen "geheilt", "gebessert" und "gesund ("G")". Eine Unterteilung z. B. von "gebessert" und "geheilt" erschien deshalb nicht sinnvoll, weil bei bestimmten Krankheitsbildern (z. B. Dystrophien oder Hautleiden) abwechselnd beide Gründe zur Entlassung eingetragen werden. Die über den gesamten Untersuchungszeitraum von 1920 bis 1940 gemittelte Zahl der "G"-Entlassungen lag bei 68,8 %. Unter diesem Mittelwert liegen nur die Jahre 1920 und 1921, der Zeitraum von 1924 bis 1928 und noch einmal die Jahre 1935 und 1940. Hier ist ein Einfluß von sozialen und wirtschaftlichen Faktoren zu vermuten, wie auch die relativ späten Einweisungen der kranken Kinder in das K.A.V.H. in diesen Zeiten zusätzlich auffallen.

Die 2. Gruppe der Entlassungsdiagnosen betrifft Kinder, die als ungeheilt oder gegen Revers, d. h. auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus verlassen haben.

Die Diagnosen werden synonym benutzt, z. B. auch bei pekuniären Entlassungsgründen. Da eine Herausfilterung der eigentlich ungeheilt gebliebenen Patienten nicht möglich war, dient diese Durchschnittszahl vor allem statistischen Zwecken.

In der 3. Gruppe sind die Überweisungen gezählt, die im Gesamtdurchschnitt des Untersuchungszeitraumes 9,9 % aller Aufnahmen ausmachen. Die niedrigsten Überweisungszahlen werden in den Jahren von 1929 bis 1934 erreicht, die höchsten Überweisungszahlen in den Anfangsjahren dieser Berechnung. Das stimmt überein mit den Gesamtentwicklungen des K.A.V.H., aus denen steigende Patientenzahlen, ein breiteres Behandlungsspektrum und zunehmend größere Eigenständigkeiten abzuleiten waren.

Die Todesfälle kranker Kinder im K.A.V.H. bilden die vierte Gruppe von Entlassungsgründen.

Im Gesamtdurchschnitt des Untersuchungszeitraumes von 1920 bis 1940 verstarben 11,8 % der eingewiesenen kranken Kinder. Über-

durchschnittlich hoch liegt die Sterberate im Zeitraum bis 1931 mit Spitzen 1925 und 1927. Danach ist der Prozentsatz der Sterbefälle annähernd gleichbleibend. In den Jahren 1922 und 1939 ist der Anteil dieser Gruppe an den Entlassungsgründen besonders niedrig.

Die Aussagefähigkeit dieser Zahlen wird durch die Tatsache eingeschränkt, daß die Todesfälle oft nicht im Haus vorher behandelt wurden, sondern zu spät und moribund eingeliefert wurden. Wenn z. B. eine Großmutter ein zu Hause früh geborenes Kind unterkühlt in das K.A.V.H. brachte, weil sie mit der Straßenbahn eine Stunde fahren mußte, dann kann ein solcher Todesfall eigentlich nicht in eine Erfolgsstatistik über im K.A.V.H. behandelte kranke Kinder eingehen.

Während die Zahl der Totgeburten im K.A.V.H. im gesamten Untersuchungszeitraum immer unter ein Prozent lag, erscheint der Prozentsatz der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit relativ hoch. Diese Zahl muß aber als Ergebnis äußerer Faktoren sozialer, gesundheitspolitischer und pädagogischer Art gesehen werden, so daß eine Interpretation im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist. Als Hinweis mag nur angemerkt sein, daß die Überlebensrate der im K.A.V.H. zur Welt gekommenen Frühgeburten (angeborene Lebensschwäche = 1) fast doppelt so hoch liegt, wie die der auswärts Geborenen, die dann in die Klinik eingewiesen wurden.

Resümee:

Insgesamt sind 120 Krankheitsdiagnosen aus den Akten ersichtlich. Die beiden größten Krankheitsgruppen im Untersuchungszeitraum sind die Infektionskrankheiten und Erkrankungen der Verdauungsorgane (Dyspepsien, Dystrophien, Enterokatarre). Gipfel der Infektionskrankheiten ist das Jahr 1930 mit 37 %. Im Jahr 1925 sind die Krankheiten der Verdauungsorgane am häufigsten mit 22 %.

Der Anteil der Frühgeborenen bleibt mit 4,5 bis 5,5 % der Neugeborenen in etwa konstant. Die Überlebensquote der im K.A.V.H.

zur Welt gekommenen Frühgeborenen ist etwa doppelt so hoch wie die der auswärts Geborenen, die nach der Geburt in die Klinik eingewiesen wurden.

Das durchschnittliche Alter der kranken Kinder beträgt 1930 26 Monate, 1937 durchschnittlich 44 Monate, was auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für Krankheiten im Kindesalter in den Jahren ab 1930 spricht.

68 % der kranken Kinder werden im Durchschnitt als geheilt oder gebessert entlassen. 11,8 % versterben nach Einweisung. Die Zahl der Totgeburten im K.A.V.H. lag im gesamten Untersuchungszeitraum unter 1 %. Die Zahl der Überweisungen sinkt nach Einrichtung einer Infektionsabteilung im Jahre 1927.

Die wirtschaftlichen Notzeiten machen sich in einer überdurchschnittlichen Behandlungsdauer des kranken Kindes bemerkbar. Die durchschnittliche Liegezeit (= Verpflegungszeit) des kranken Kindes betrug 32,3 Tage.

4.2.3. Vergleich mit dem heutigen Diakoniekrankenhaus, das 1907 als Krankenhaus des Diakonissen-Mutterhauses (Hannover) gegründet wurde.

Das Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) wurde 1907 als Krankenhaus des Diakonissen-Mutterhauses (Hannover) seiner Bestimmung übergeben. Es war auf Initiative der Diakonieschwestern aus dem damaligen Hamburger "Bethesda"-Krankenhaus entstanden. Nach dem 1. Weltkrieg wurde dem Krankenhaus zusätzlich ein Säuglingsheim angeschlossen. Aus einer Festschrift zum 25jährigen Jubiläum stammen die folgenden Aufzeichnungen (51).

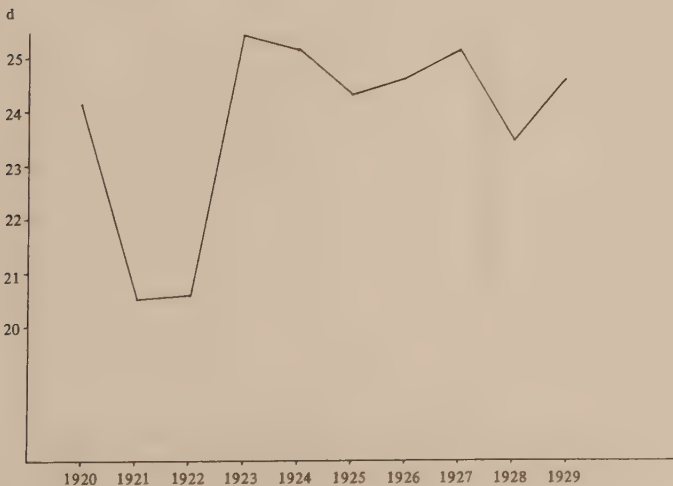
Die häufigsten Krankheitsbilder im Diakoniekrankenhaus (Hannover) in den Jahren 1925-1929 in %

	1925	1926	1927	1928	1929
Infektionskrankheiten	18,3	16,8	19,0	15	17,7
Krankheiten des Nervensystems	1,3	1,7	2,9	1,9	2,4
Krankheiten der Atmungsorgane	2,8	5,7	4,2	5,7	4,2
Krankheiten der Verdauung	26,4	21,7	24,4	29,5	27,0
Harnwegs- und Geschlechtskr.	9,2	9,8	7,9	9,1	7,2
Hautkrankheiten	8,2	10,5	5,2	6,5	7,3

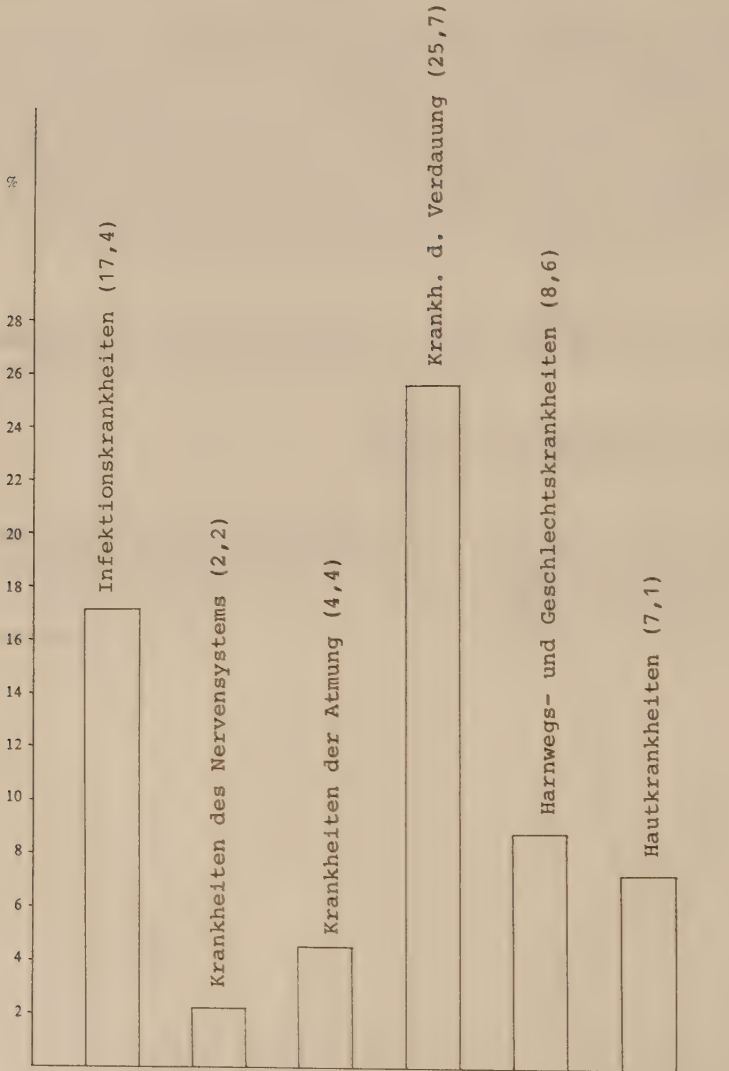
Zahl der Aufnahmen im Diakonieverkrankenhause Rotenburg (Wümme) in den Jahren 1920-1929



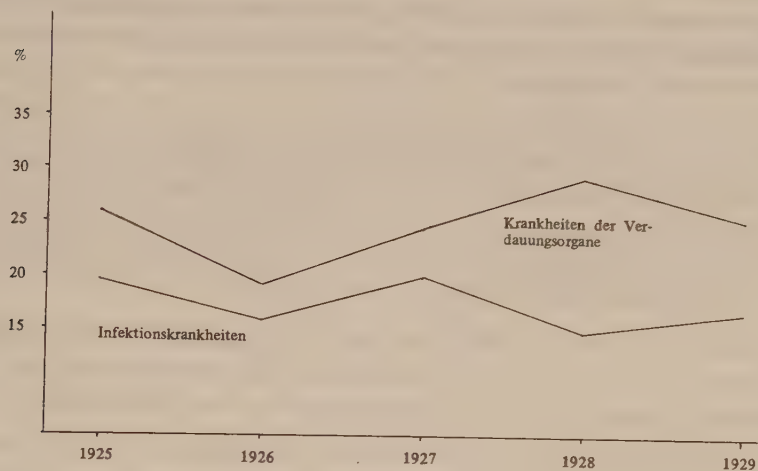
Durchschnittliche Liegezeit im Diakonieverkrankenhause (Hannover) in den Jahren 1920-1929



Die im Durchschnitt am häufigsten aufgetretenen Erkrankungen
im Diakonieverkrankenhaus (Hannover) in den Jahren 1925-1929



Anteil der Infektionskrankheiten und Krankheiten der Verdauungsorgane an der Aufnahmefrequenz in den Jahren 1925-1929 in %



Im hier untersuchten Zeitraum sind auch im Diakoniekrankenhaus die Infektionskrankheiten und Erkrankungen der Verdauungsorgane die beiden größten Krankheitsgruppen. Im Durchschnitt waren die Infektionskrankheiten mit 17,4 % und die Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 25,7 % an der Gesamtaufnahme des Diakoniekrankenhauses beteiligt.

1925 waren im Diakoniekrankenhaus wie im K.A.V.H. die Erkrankungen der Verdauungsorgane die größte Krankheitsgruppe, und zwar im K.A.V.H. mit 22 % und im Diakoniekrankenhaus mit 26,4 %. Ein kontinuierliches Ansteigen der Infektionskrankheiten in den Jahren 1925 bis 1930, wie es im K.A.V.H. der Fall war, ist im Diakoniekrankenhaus nicht zu beobachten.

Zu keinem Zeitpunkt, jedenfalls nicht in dem hier untersuchten Zeitraum, werden im Diakoniekrankenhaus die Erkrankungen der Verdauungsorgane von den Infektionskrankheiten übertroffen.

Die Erkrankungen der Verdauungsorgane bleiben auch im Krisenjahr 1929 die größte Krankheitsgruppe im Diakoniekrankenhaus, im Gegensatz zum K.A.V.H. Die dritthäufigste Krankheitsgruppe sind auch im Diakoniekrankenhaus die Harnwegs- und Geschlechtskrankheiten. Im Diakoniekrankenhaus waren sie mit 8,6 % und im K.A.V.H. mit 7,3 % an den Gesamtaufnahmen beteiligt. Die nächste größere Krankheitsgruppe bilden die Hautkrankheiten. auch in dieser Gruppe zeigt der prozentuale Vergleich keinen größeren Unterschied. Im K.A.V.H. waren es 4,7 % und im Diakoniekrankenhaus 7,1 %. Anschließend folgen die Krankheiten des Nervensystems mit 2,2 % im Diakoniekrankenhaus und 11,5 % im K.A.V.H. Diese Differenz ist sicherlich bedingt durch das breitere Aufnahmespektrum in dieser Krankheitsgruppe im K.A.V.H. Eine Aufschlüsselung der Krankheiten des Nervensystems war anhand des Untersuchungsmaterials vom Diakoniekrankenhaus nicht möglich.

Beim Betrachten der Aufnahmekurve und der Liegezeit in beiden Krankenhäusern sind ebenfalls Parallelitäten feststellbar. 1923 zeigt sich in beiden Häusern ein Rückgang der Belegungszahlen. Wurden im Diakoniekrankenhaus 1920 noch 876 Patienten

aufgenommen, waren es 1923 nur noch 596. Auch im Diakoniekrankenhaus sind die schlechten materiellen Bedingungen im Jahre 1923 Ursache für den Belegungsrückgang.

In beiden Krankenhäusern steigt auch in den Jahren wirtschaftlicher Not die Liegezeit überdurchschnittlich. Im Durchschnitt lag die Liegezeit im Diakoniekrankenhaus bei 24,1 Tagen und im K.A.V.H. bei 21,7 Tagen. Im Jahr des Aufnahmetiefpunktes 1923 stieg sie im Diakoniekrankenhaus auf 25,2 Tage und 1929 auf 24,9 Tage. Also auch im Diakoniekrankenhaus sinken in Zeiten wirtschaftlicher Depression die Aufnahmen bei gleichzeitig steigenden Liegezeiten. In Jahren der Konsolidierung steigen in beiden Krankenhäusern kontinuierlich die Belegungszahlen.

4.3. Das Krankenblatt des Neugeborenen im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940

4.3.1. Der formale Aufbau des Krankenblattes des Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940

Das Krankenblatt des Neugeborenen umfaßt einen linierten Bogen im Format 38 cm mal 23,5 cm, der beiderseits vorgedruckt und beschrieben ist.

Die Vorderseite ist in vier Hauptabteilungen gegliedert. Die erste Abteilung enthält die persönlichen Daten und die objektiven Befunde (Geburtsgewicht, Länge, Sitzhöhe etc.) des Neugeborenen. Die zweite Abteilung wird für die Hauptdiagnose geführt, wobei im Krankenblatt des Neugeborenen diese Frage vorgedruckt als "Neugeborenes" beantwortet ist und mit einem Ordnungsschlüssel "VII" versehen wird. Die dritte Abteilung bleibt regelmäßig frei. Es wird nach Nebendiagnosen gefragt, wobei der Zusatz "im K.A.V.H. Entstandenes rot unterstreichen" auf eine Erfassung von Hospitalismus deutet. Die vierte Abteilung erfragt anamnestiche Angaben zur Heredität, den Allgemeinbefund (Entbindungsart) und grobe Eindrucksbeschreibungen. Am Ende befindet sich ein zusammenfassender Status, der vor allem noch einmal Länge und Gewicht des Neugeborenen dokumentiert.

Die Rückseite des Krankenblattes enthält die Beschreibung des Neugeborenen im Einzelnen und den Verlauf der Entwicklung auf der Wochenstation. Zur Einzelbeschreibung gehören die vorgedruckten Fragen nach Haut, Turgor/Tonus, Fettpolster, Drüsen, Kopf (als Antwort z. B.: brachycephal. leicht. Gesichtsbegrenzung in Form einer abgestumpften Pyramide) und Kopfumfang. Die Antworten sind insgesamt sehr ausführlich und bildhaft gegeben. Danach folgen Fragen nach den Schädelknochen mit Fontanellen und die Beschreibungen von Augen, Nase, Ohren, Mund, Hals und Brust mit Brustdrüsen (Umfang in cm). Zusätzlich wird von Hand die Schulterbreite in cm nachgetragen. Nach dem oberen Körperbereich folgen die Fragen nach der Konstitution von Lungen, Herz, Bauch mit Umfang, Nabel(strang), Leber, Milz und Genita-

lien. Wieder sind zusätzlich und handschriftlich die Reflexe (PSR etc., Bab. etc.) nachgetragen.

Dann sind die Extremitäten beschrieben, wieder mit einem handschriftlichen Zusatz: Typus. Im 2. Abschnitt der Rückseite vom Krankenblatt des Neugeborenen ist der Verlauf dargestellt. Die Kindesentwicklung insgesamt mit Saugleistung, Nabelabfall, Gewichtszunahme und Stuhlverhalten. Bei Entlassung hat man dann noch einmal die Allgemeinbefunde kurz zusammengefaßt.

Zum Krankenblatt des Neugeborenen gehört ein Verlaufskurvenblatt. Dort werden Geburtsgewicht und -tag z. B. dem Entlassungsgewicht und -alter gegenübergestellt. Im mittleren oberen Teil befindet sich ein Fragenkomplex zum Stand und Alter der Eltern, der allerdings selten ausgefüllt ist.

Der wesentlichste Bestandteil dieser Verlaufskurve ist die mehrfarbige Eintragung der Nahrung bzw. der getrunkenen Mengen. Frauenmilch ist mit roter Schrift eingetragen, Buttermilch mit gelber und Tee mit grüner Farbe. In einer unteren Spalte ist der Stuhlgang dokumentiert und in einer oberen Spalte werden die im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus verbrachten Tage gezählt und der Tag des Nabelabfalls. Medikationen, Puls- und Temperaturverhalten bilden einen mittleren Teil.

Die Rückseite der Verlaufskurve bleibt leer.

4.3.2. Statistischer Vergleich ausgewählter Inhalte im Krankenblatt des Neugeborenen vom K.A.V.H.

Das Krankenblatt des Neugeborenen dokumentiert vor allem den Geburtszustand und die Entwicklung des Kindes in der ersten Dekade seines Lebens.

Es erscheinen unter allen Daten von Interesse und auch vergleichbar die des Gewichtsverhaltens während des gesamten Untersuchungszeitraumes. Die Zunahmen und die Abnahmen, die das Neugeborene durchzumachen hat, sind nebeneinander aufgeführt, ebenso die Differenzen zwischen Geburts- und Entlassungsgewicht.

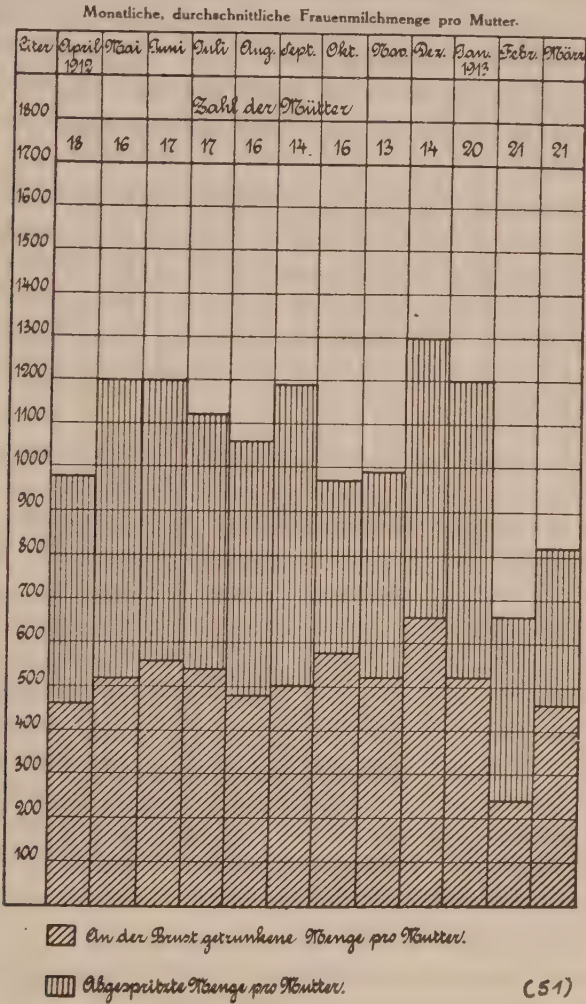
Die Trinkmengen und die Nahrungszusammensetzung der einzelnen Tage sind in einer Ernährungskurve festgehalten. Die möglichen Beziehungen zwischen Ernährung und Gewicht wurden statistisch erfaßt und interpretiert.

Ein Vergleich der Entbindungsschäden (Geburtsquetschungen), der etwas über einen Zusammenhang der relativ häufigen Forceps-Entbindungen mit zu behandelnden Schäden ausgesagt hätte, war nicht möglich, weil diese Aufnahmediagnose oft nur als Nebendiagnose erscheint und dann nicht dokumentiert worden ist.

So ist die Häufigkeit des Anlegens zum Stillen nur zeitweise aufgeführt. In den ersten Jahren seit Gründung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses hat man versucht, nur mit Frauenmilch (Mutter- bzw. Ammenmilch) zu stillen. Nach dem 1. Teetage waren die Trinkmengen gering. Schon bald aber hat man die Zuckerwasser- und Buttermilchzufütterungen eingeführt. Diese Zufütterungsmethodik wird in späteren Jahren wieder modifiziert bzw. zeitweise aufgegeben.

Die sachgemäße Ernährung wird zu einer Hauptanforderung bei der Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit. Die Fütterungsprinzipien haben sich jedoch durch ernährungsphysiologische Erkenntnisse verändert.

Die ersten Jahre der ausschließlichen Frauenmilchernährung erfordern einen Überschuß an abgegebener Milch:



Die Frauenmilchmenge pro Mutter überstieg die Menge der an der Brust getrunkenen Milch. Das entsprach den Erwartungen der Anstaltsleitung, die damit jeder Notwendigkeit zur künstlichen Ernährung mit Frauenmilch entsprechen konnte. Auffällig ist die Differenz zwischen abgespritzter und an der Brust abgestillter Frauenmilch. Die obige Tabelle aus dem Jahr 1912/13 zeigt, daß die doppelte Menge an Milch gewonnen werden konnte, als es der kindlichen Anforderung bzw. dem ihm zugewiesenen Bedarf entsprach.

Da die Stillfähigkeit der Mütter im Vergleichsjahr 1912/13 immerhin bei 98,5 % lag, war für die Zielvorstellung "natürliche Ernährung auch bei Stillschwierigkeiten" ausreichende Vorsorge getroffen worden. Stillunfähig war ohnehin fast keine Mutter. Im Vergleichsjahr 1915/16 konnten 103 Mütter ihre Kinder voll stillen, 4 Mütter konnten dies nur teilweise, das ergibt eine volle Stillfähigkeit von 96,3 %.

Die Einhaltung eines Karenztages und die von Prinzipien der Minimalernährung bzw. Aufbaustellung verändern sich jedoch im Laufe des Untersuchungszeitraumes, ohne nachvollziehbare Markierungen für eine statistische Auswertung abzugeben. Es zeigte sich, daß bei der Zufütterung von stark eiweißhaltiger Buttermilch der Gewichtsanstieg besser war, als bei reiner Frauenmilchernährung. Trotzdem ist eine "Buttermilchperiode" in der Statistik nicht abzugrenzen. Die Trinkmengen blieben nur unwesentlich hinter denen der Kinder mit z. B. reiner Ammenmilchernährung zurück. Brusternährungsstörungen durch Milchmangel, Erkrankungen der mütterlichen Brust oder Saugungeschick der Kinder sind nicht zu unterscheiden von gewollten Rationierungen. Zufütterungsmengen und -mischungen werden verändert, die Trinkmengen werden insgesamt beeinflusst, ohne eindeutig in der Krankenakte dokumentiert zu sein.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die durchschnittlichen Trinkmengen und das Gewichtsverhalten:

Tabelle der Durchschnitte von Gewichten und Trinkmengen des
Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940

Jahr	Mittl. Fütter- menge 2. Tag	Mittl. Fütter- menge 10. Tag	Mittl. Gesamt- fütter- menge (10 d)	Mittl. Geburts- gewich- te	Mittl. Entlas- sungsge- wichte	Mittl. Gewichts- differen- zenzen
1920	43,3 g	455 g	2750 g	3308,3 g	3131,7 g	(-) 176,6 g
1921	56,7 g	395 g	2360 g	3499,2 g	3361,7 g	(-) 137,5 g
1922	73,3 g	555 g	4170 g	3290,0 g	3330,9 g	(+) 40,0 g
1923	32,9 g	637,1 g	4130 g	3641,4 g	3511,4 g	(-) 130,0 g
1924	65,0 g	588,3 g	3960 g	3324,2 g	3345,0 g	(+) 20,8 g
1925	60,8 g	567,9 g	3340 g	3676,7 g	3765,0 g	(+) 88,3 g
1926	66,7 g	510 g	3050 g	3270,0 g	3233,3 g	(-) 36,7 g
1927	83,3 g	596,7 g	4260 g	3386,7 g	3398,3 g	(+) 11,6 g
1928	61,7 g	508,3 g	3270 g	3391,7 g	3123,3 g	(-) 268,4 g
1929	48,3 g	496,7 g	3420 g	3285,0 g	3240,0 g	(-) 45,0 g
1930	52,5 g	463,3 g	3530 g	3091,7 g	3151,7 g	(+) 60,0 g
1931	78,3 g	476,7 g	2485 g	3626,7 g	3460,0 g	(-) 166,7 g
1932	83,3 g	595,0 g	2690 g	3466,7 g	3373,3 g	(-) 93,4 g
1933	98,6 g	520,0 g	3900 g	3447,1 g	3414,3 g	(-) 32,8 g
1934	98,3 g	536,7 g	3420 g	3695,0 g	3621,7 g	(-) 73,3 g
1935	98,6 g	518,6 g	2820 g	2750,0 g	3508,0 g	(-) 242,0 g
1936	126,7 g	471,7 g	4470 g	3280,0 g	3163,3 g	(-) 116,7 g
1937	140,0 g	540,0 g	2810 g	3627,1 g	3401,4 g	(-) 225,7 g
1938	104,0 g	494,0 g	3080 g	3290,0 g	3256,0 g	(-) 34,0 g
1939	115,0 g	523,3 g	2820 g	3141,7 g	3001,7 g	(-) 140,0 g
1940	108,3 g	458,3 g	2960 g	3133,3 g	2808,3 g	(-) 325,0 g

Es wurde versucht, einen Fütterungsquotienten zu bestimmen, der in irgendeiner Weise mit den Gewichtsentwicklungen der ersten zehn Tage vergleichbar war, bzw. einen Einfluß sichtbar zu machen. Das war nicht möglich.

Die Mittelwerte der Gesamtfüttermengen konnten in einen oberen Bereich (3762 Gramm bis 4470 Gramm), in einen mittleren Bereich (3061 Gramm bis 3761 Gramm) und in einen unteren Bereich (2360 Gramm bis 3060 Gramm) eingeteilt werden.

In gleicher Weise habe ich versuchsweise die mittleren Gewichts-differenzen zugeordnet: Der obere Bereich von -49 g bis +88 g, der mittlere Bereich von -187 g bis -50 g und der untere Bereich von -325 g bis -188 g. Die größte gemittelte Gewichtsabnahme betrifft die Jahre 1928, 1935 und 1940. Das sind Jahre, in denen die mittleren Gesamtfüttermengen ebenfalls im unteren Bereich der Gesamtfüttermengen lagen. Eindeutige Gewichtszunahmen sind in den Jahren 1922, 1924, 1925, 1927 und 1930 zu verzeichnen. In diesen Jahren betragen die Gesamtfüttermengen 4170 Gramm, 3960 Gramm, 3340 Gramm, 4260 Gramm und 3530 Gramm. Das sind ebenfalls Werte des oberen Bereichs der Gesamtfüttermengen.

Eine Korrelation zwischen Trinkrichtlinien und Gewichtsentwicklungen erscheint nur für die äußeren Zählungsbereiche der Statistik möglich. In den beiden mittleren Bereichen der verglichenen Werte, d. h. die der mittleren Gesamtfüttermenge und die der mittleren Gewichts-differenz, sind aussagekräftige Zuordnungen nicht zu treffen. Es finden sich jeweils Gruppenteile der entgegengesetzten Entwicklungen.

Hier gehen jetzt wohl die sich mehrmals verändernden Prinzipien der Zufütterungen mit ein, die sich allerdings einer statistischen Markierung entziehen.

In verschiedener nicht nachvollziehbarer Intensität werden bei gleichbleibender Trinkmenge stark eiweißhaltige Buttermilchzufütterungen vorgenommen. Diese beeinflussen das Gewichtsverhalten, unabhängig von den Mengenentwicklungen.

Darüberhinaus fällt in der obigen Vergleichstabelle insgesamt die Zunahme der mittleren Trinkmenge des 1. Fütterungstages auf, während man in den ersten Jahren im Durchschnitt 50 g gegeben hat, sind es in den letzten Jahren im Tagesdurchschnitt die doppelte Menge von 100 g. Demgegenüber ändern sich die mittleren Fütterungsmengen des zehnten, meist letzten Fütterungstages in keiner so auffälligen Weise. Diese Feststellung entspricht der Veränderung in den Stillgewohnheiten. Es werden keine Anlegezahlen mehr vorgeschrieben, sondern das Stillgeschäft erfolgt wohl nach den kindlichen Bedürfnissen.

Die Ernährungsspitzen des ersten Fütterungstages sind die Jahre 1936 und 1937 mit 126,7 Gramm und 140 Gramm. Diese Zahlen stimmen in ihrer zeitlichen Zuordnung nicht mit den Höchstwerten der mittleren Füttermenge des zehnten Tages überein, und auch nicht mit den Zeiten von Maximalwerten der mittleren Gesamtfüttermengen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß in den Jahren 1936 und 1937 wieder eine Art Rückkehr zur reinen Frauenmilchernährung festzustellen ist. Diese Entwicklung ist nicht statistisch auswertbar, sondern entspricht dem Eindruck bei der Durchsicht der Ernährungskurven.

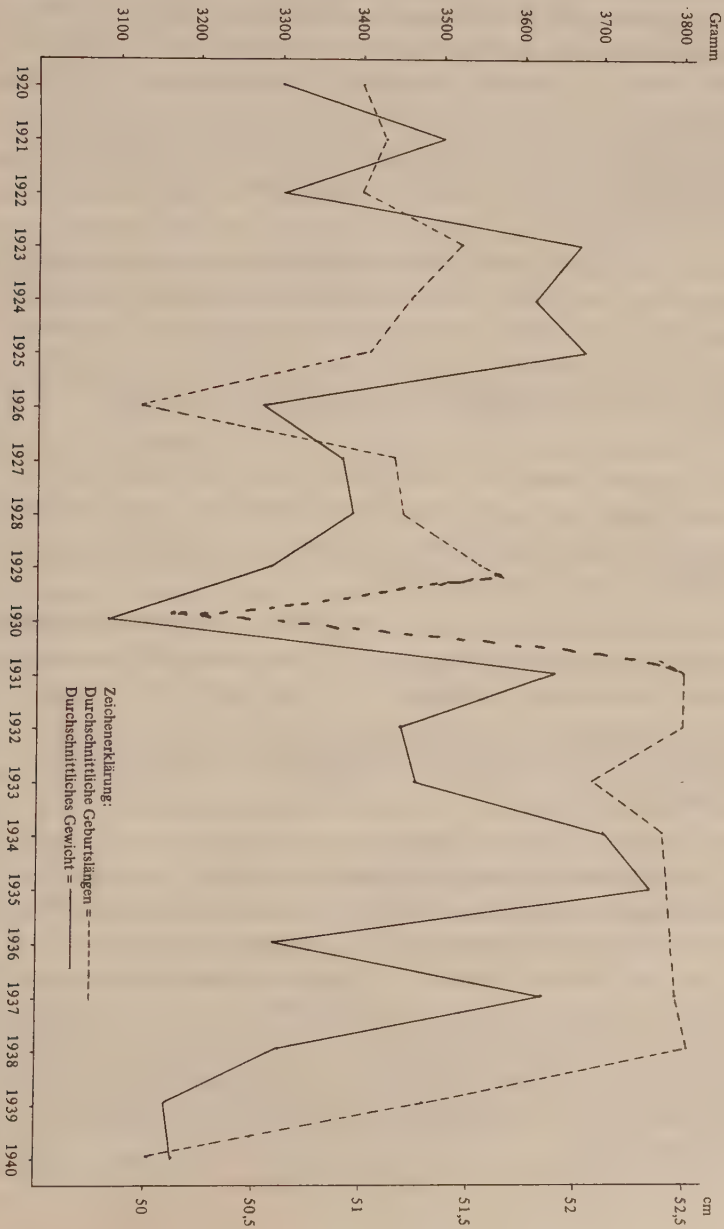
Die äußeren Faktoren, die in den tabellarischen Vergleich von Gewicht und Trinkmenge miteinwirken, können Qualitätsveränderungen, Stillunterschiede oder auch konstitutionelle Einflüsse sein.

Die folgende Tabelle vergleicht die durchschnittlichen Längen der Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940 und ihre durchschnittlichen Geburtsgewichte. Die daran angeschlossene Kurvendarstellung versucht, die Entwicklungen graphisch deutlich zu machen:

Tabelle der Durchschnittslängen und Durchschnittsgewichte der
Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940

Jahr	Durchschnittslängen: (in cm)	Durchschnittsgeburtsgewichte: (in Gramm)
1920	51,0	3308,3
1921	51,3	3499,2
1922	51,0	3290,0
1923	51,4	3641,4
1924	51,2	3324,2
1925	51,1	3676,7
1926	50,0	3270,0
1927	51,2	3386,7
1928	51,2	3391,7
1929	51,7	3285,0
1930	50,0	3091,7
1931	52,5	3626,7
1932	52,5	3466,7
1933	52,1	3447,1
1934	52,3	3695,0
1935	52,3	3750,0
1936	52,3	3280,0
1937	52,4	3627,1
1938	52,6	3290,0
1939	51,5	3141,7
1940	50,2	3133,3

Durchschnittliches Längen- und Gewichtsverhalten des Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940



Die größten Durchschnittslängen der neugeborenen Kinder im K.A.V.H. sind im Jahr 1932 mit 52,5 cm Körperlänge dokumentiert. Die kleinsten Körperlängen im Jahresdurchschnitt aller Neugeborenen weisen die Jahre 1926 und 1930 auf mit jeweils 50 cm Körperlänge. Insgesamt ist eine kontinuierliche Zunahme der Körperlängen von Werten um 51 cm in den ersten Jahren des Untersuchungszeitraumes auf Werte um 52 cm in den letzten Vergleichsjahren festzustellen. Eine rückläufige Tendenz scheint sich ab 1940 anzubahnen.

Dagegen ist der Streuungsgrad der Geburtsgewichte der Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940 erheblich umfangreicher. Die größten Geburtsgewichte im Jahresdurchschnitt sind im Jahre 1935 mit 3750 g festzustellen, darauf folgt das Jahr 1934 mit 3695,7 g Durchschnittsgewicht und das Jahr 1925 mit 3676,7 g.

Im Vergleich beider Kurvenverläufe zeigt sich eine angenäherte Tendenz. Die Ähnlichkeiten in den Grundrichtungen sind auffällig gemacht. Ohne deckungsgleich zu werden, sind doch die jeweiligen Entwicklungen vergleichbar.

Besser als die oberen Grenzen der Geburtsdaten stimmen die Werte des unteren Bereichs überein. So ist das Jahr 1930 mit einem der kleinsten Durchschnittslängen seiner neugeborenen Kinder gleichzeitig das Jahr mit dem niedrigsten durchschnittlichen Geburtsgewicht. Die relative Minderproportion scheint für beide Werte zuzutreffen.

Die Neugeborenen im unteren Längenbereich können in der Statistik auch eine größere Gewichtszunahme aufweisen, als die im oberen Längenbereich geborenen Kinder. Die höchsten Gewichtszunahmen fallen für das Jahr 1930 auf, dieses Jahr zählt gleichzeitig die tiefsten Werte an Länge und Gewicht für die Kinder, die im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus geboren wurden. In den Jahren 1931 bis 1938, in denen die durchschnittlichen Geburtslängen um die Höchstwerte von 52 cm Körpergröße herum schwanken, ist das durchschnittliche Gewichtsverhalten eher konstant abnehmend.

Der Kurvenverlauf in seinen zeitlichen Zuordnungen zeigt ein mit der Gesamtentwicklung, wie sie in dieser Arbeit vorher dargestellt wurde, vergleichbares Bild. Es gibt einen zweigipfligen Tiefpunkt Anfang und Mitte der zwanziger Jahre und eine Konsolidierungsphase von 1932 bis 1939.

Eine vergrößernde historische Unterteilung des Untersuchungszeitraumes wäre eine Inflationsphase (1923) mit anschließender Destabilisierung der Wirtschaft (1924), danach eine Zeit relativer zeitweiliger Stabilität (1925-1929), dann die Jahre der Weltwirtschaftskrise (1929-1932) und schließlich der wirtschaftliche Aufschwung in den ersten Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft.

Es ist festzustellen, daß Länge und Gewicht der Neugeborenen sich in wirtschaftlich und sozial unruhigen Zeiten mehr in Tiefpunkten spiegeln als in Zeiten der Konsolidierung.

Resümee:

Fütterungsprinzipien verändern sich mit den ernährungsphysiologischen Erkenntnissen. So wird z. B. die Zufütterung von Buttermilch, welche sich durch einen hohen Eiweißanteil auszeichnet, verlassen, da die Säuglinge zu schnell an Gewicht zunehmen.

Es fällt eine Zunahme der Trinkmenge am 1. Fütterungstag auf, diese stieg von 50 g zu Beginn auf durchschnittlich 100 g am Ende dieses Untersuchungszeitraumes. Für die mittlere Trinkmenge von 500 g am 10. Fütterungstag ist eine solche Änderung nicht festzustellen. Die mittlere Gesamtfütterungsmenge der ersten 10 Lebenstage beträgt durchschnittlich 3350 g. Gesamtfuttermenge und Gewichtsentwicklung korrelieren nur in den äußeren Zählbereichen.

Durch die Untersuchungsjahre ist eine Zunahme der Körperlänge zu verzeichnen von 51 auf 52 cm. Neugeborene im unteren Längenbereich zeigen durchschnittlich eine bessere Gewichtszunahme als die im oberen Längenbereich geborenen. Im Jahre 1930, wo auch bei schwangeren Frauen häufiger Zeichen von Unterernährung

gefunden wurden, ist nicht nur die kleinste durchschnittliche Körperlänge der Neugeborenen festzustellen, sondern auch das durchschnittlich niedrigste Geburtsgewicht. Das mittlere Geburtsgewicht betrug 3410,6 g.

In Zeiträumen wirtschaftlicher und sozialer Unausgewogenheit sind die Geburtslänge und das Geburtsgewicht gemeinsam größeren Schwankungen ausgesetzt als in Zeiten längerdauernder Konsolidierung.

4.4. Das Krankenblatt der Mutter im K.A.V.H. in den Jahren von 1920 bis 1940

4.4.1. Der formale Aufbau des Krankenblattes der Mutter im K.A.V.H. von 1920 bis 1940

Die Krankendokumentation der gebärenden Mutter im K.A.V.H. umfaßt ein Verlaufskurvenblatt und einen Befundsberichtsbogen.

Das Verlaufskurvenblatt ist ein einseitig bedruckter und beschriebener Bogen im Format 27 cm mal 30 cm, der beliebig verlängert werden konnte.

Über einer Monatstag-, Blutdruck-, Puls- und Temperaturverlaufseinteilung befinden sich vier Spalten mit allgemeinen Angaben. Zuerst oben links eine Spalte für Name, Alter, Stand (meist wird dort "Ehefrau" vermerkt) und Adresse, dann folgt eine Spalte für die Parität eine weitere für das Datum und schließlich eine für Bemerkungen. Zu den Bemerkungen gehören die Entbindungsart (z. B. "Forceps") und die Geburtsverletzungen (z. B. "Riß") oder "Episiotomie") - diese Spalte für Bemerkungen wird oft nicht ausgefüllt. Unterhalb der veränderlichen klinischen Daten gibt es drei weitere Abteilungen für Stuhlgang, Urin und noch einmal Bemerkungen.

Der eigentliche Befundsberichtsbogen umfaßt zwei Doppelseiten im Format 21 cm mal 33 cm.

Die erste Seite trägt den Kopfaufdruck: Kaiserin Auguste Victoria-Haus, Charlottenburg. Geburtshilfliche Abteilung. Dann folgen Aufnahmenummer, Geburtsnummer, Klasse und Familienstand.

Danach folgen Angaben zur Mutter der Gebärenden, zum Vater und zu den Eltern der Mutter. Die Frage nach den Eltern der Mutter ist allerdings nicht ausgefüllt.

Unter einer Überschrift "Anamnese" folgen dann Angaben zur Gebärenden: Menstruation, Verlauf früherer Schwangerschaften, letzte Regel, erste Kindsbewegungen, Befinden und die wievielte Schwangerschaft jetzt vorliegt.

Die zweite Seite des Befundsberichts bogens enthält die Untersuchungsbefunde zur Schwangerschaft: Allgemeinbefund, Beckenmaße und Ergebnisse einer äußeren Untersuchung, dazu gehören Fundusstand und die Feststellung kindlicher Herztöne. Die Untersuchungsbefunde einer innerlichen Untersuchung bleiben überwiegend frei.

Die dritte Seite berichtet über die Geburt. Es werden die Geburtshelfer aufgezählt, dann der Wehenanfang, der Blasensprung und die einzelnen Untersuchungsbefunde unter der Geburt. Zuletzt wird die Geburt des Kindes geschildert, d. h. die Lage, Blutungen und Verletzungen. Zum Inhalt der dritten Seite gehören auch die Fruchtbefunde, Längen- und Umfangsmaße, und die Beurteilungen von Fruchtkuchen, -wasser, von Einhäuten und der Nabelschnurbefund.

Die vierte Seite dient zur Beschreibung des Wochenbettes. Dort sind die Befundentwicklungen nach Episiotomie dokumentiert, die Laktationsentwicklungen und ein Entlassungsbefund.

Als Einlegeblatt wird regelmäßig der Untersuchungsbefund von Nabelschnurblut auf Lues (WaR, M.T.R.) beigelegt.

4.4.2. Statistischer Vergleich und Interpretation ausgewählter Inhalte im Krankenblatt der Mutter vom K.A.V.H. im Zeit- raum von 1920 bis 1940

Im Krankenblatt, d. h. in der Dokumentation über die gebärende Mutter sind wiederum nur bestimmte Angaben statistisch erfaßbar, um für einen Vergleich und zur Interpretation von Interesse zu sein.

Diese Erfassung betraf das Alter der entbindenden Frauen. Weiterhin war ein wesentlicher Vergleichspunkt die Frage nach Erst- oder Mehrgebärenden und ihre anteilmäßige zeitliche Verteilung. Von besonderem Interesse war die Stillfähigkeit über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg.

Die Frage nach den sozialen Verhältnissen, aus denen die Mütter kamen, wird in einem folgenden Abschnitt dieser Arbeit zu behandeln sein. Eine Untersuchung über die prozentuale Verteilung von ehelichen und unehelichen Geburten und über die Herkunft der unverheirateten Mütter konnte nicht angestellt werden, weil Zahlen zu diesem Thema nur in den ersten Jahren des K.A.V.H. dokumentiert worden sind.

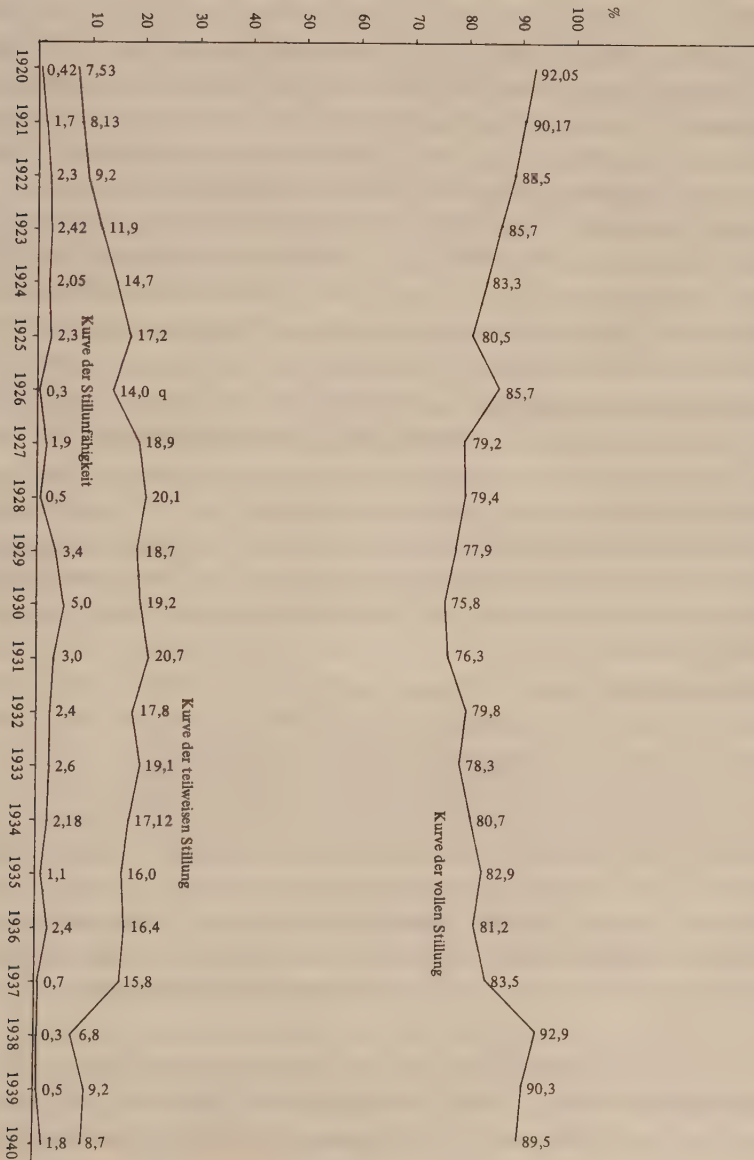
Auch eine Vergleichsbeobachtung des Geburtsverlaufes bzw. der dabei angewendeten Kunsthilfen mußte aufgegeben werden. Es war kein durchgehend gültiger Vergleichsmaßstab einzuführen.

Das betrifft auch eine Fragestellung, ob und wieviel der Kinder vollständig ausgetragen worden sind. Daten über dieses Verhalten sind nur zeitweise überliefert. Im folgenden will ich statistische Erhebungen vorstellen, die das Lebensalter, die Parität und das Stillverhalten der Gebärenden betreffen.

Vergleichstabelle ausgewählter Durchschnittsdaten aus dem Krankenblatt der entbindenden Mutter

Jahr	Voll- stillung	Halb- stillung	Nicht- stillung	Durchschnitts- alter	Durchschnitts- parität	durchschn. Liegezeit
1920	92,05 %	7,53 %	0,42 %	26 Jahre	1,5 P.	12,8 Tage
1921	90,17 %	8,13 %	1,7 %	28,3 Jahre	2,04 P.	12,7 Tage
1922	88,5 %	9,2 %	2,3 %	30,8 Jahre	1,7 P.	15,8 Tage
1923	85,7 %	11,9 %	2,42 %	28,0 Jahre	1,14 P.	13,3 Tage
1924	83,3 %	14,7 %	2,05 %	27,7 Jahre	1,28 P.	14,2 Tage
1925	80,5 %	17,2 %	2,3 %	26,0 Jahre	1,3 P.	15,0 Tage
1926	85,7 %	14,0 %	0,3 %	27,5 Jahre	1,5 P.	13,2 Tage
1927	79,2 %	18,9 %	1,9 %	30,0 Jahre	2,0 P.	12,8 Tage
1928	79,4 %	20,1 %	0,5 %	27,8 Jahre	1,5 P.	13,8 Tage
1929	77,9 %	18,7 %	3,4 %	28,7 Jahre	1,4 P.	14,1 Tage
1930	75,8 %	19,2 %	5,0 %	23,0 Jahre	1,2 P.	17,5 Tage
1931	76,3 %	20,7 %	3,0 %	23,8 Jahre	1,7 P.	11,3 Tage
1932	79,8 %	17,8 %	2,4 %	26,1 Jahre	1,7 P.	13,2 Tage
1933	78,3 %	19,1 %	2,6 %	29,1 Jahre	1,4 P.	11,7 Tage
1934	80,7 %	17,12 %	2,18 %	27,3 Jahre	1,7 P.	10,5 Tage
1935	82,9 %	16,0 %	1,1 %	30,1 Jahre	1,4 P.	11,1 Tage
1936	81,2 %	16,4 %	2,4 %	29,2 Jahre	1,5 P.	10,8 Tage
1937	83,5 %	15,8 %	0,7 %	28,1 Jahre	1,4 P.	11,9 Tage
1938	92,9 %	6,8 %	0,3 %	28,2 Jahre	1,6 P.	11,0 Tage
1939	90,3 %	9,2 %	0,5 %	27,5 Jahre	1,7 P.	11,3 Tage
1940	89,5 %	8,7 %	1,8 %	29,7 Jahre	1,73 P.	11,2 Tage

Durchschnittliches Stillverhalten der Mutter im K.A.V.H. von 1920 bis 1940



Das Stillverhalten der entbindenden Frauen richtet sich in bestimmter Weise auch nach Zeitströmungen und allgemeinen Tendenzen.

Da in der hier vorgenommenen statistischen Erhebung nicht zu unterscheiden war, ob eine Stillung nicht voll erfolgen konnte, oder ob eine solche vernachlässigt wurde, muß eine in etwa identische gesundheitliche Voraussetzung für alle Frauen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg angenommen werden. Die Stillunfähigkeit kann natürlich auch epidemischen Schwankungen unterliegen. Die Tuberkulose mag als Kontraindikation zum Stillgeschäft angeführt sein. Aber gerade im Untersuchungszeitraum von 1920 bis 1940 sollten sich die wechselnden Entwicklungen ausgleichen.

Insgesamt scheint ohnehin die Stillunfähigkeit aus ärztlicher oder konstitutioneller Indikation bei unter einem Prozent zu liegen. Die generelle Notwendigkeit zur künstlichen Ernährung von Anfang an bildet aber nur einen Faktor in der Fragestellung zu den Ernährungsgewohnheiten der im K.A.V.H. neugeborenen Kinder. Eine ungleich wesentlichere Rolle bei der Ernährungsdokumentation des Säuglings spielt die Ablaktation aus welchen Gründen auch immer.

Die Stillfrequenz war zu allen Zeiten erheblich hoch, die Stilldauer auffällig unterschiedlich lang.

In der zahlenmäßigen Zusammenstellung wird allerdings zwischen Stillunfähigkeit und Abstillung nicht unterschieden.

Nach der statistischen Erfassung der Stillgewohnheiten kann man Jahre mit über 90 %iger Vollstillung als oberen Bereich registrieren. Eine Mittellage nehmen die Jahre mit etwa achtzigprozentiger Versorgung der Säuglinge mit Frauenmilch ein. Eine volle Brusternährung unter achtzig Prozent bildet den unteren Durchschnitt.

Im oberen Sektor der Vollstillung liegen die Jahre 1920 und 1921 und danach noch einmal die Jahre 1938 und 1939. In der Mittelzone befinden sich der Zeitraum von 1922 bis 1926, die

Jahre von 1934 bis 1937 sowie das Jahr 1940. Die unteren Werte betreffen vor allem die Jahre von 1927 bis 1933.

Das könnte mit den Veränderungen der ernährungsphysiologischen Vorstellungen in den einzelnen Zeiträumen übereinstimmen. Seit Gründung des K.A.V.H. bis in die zwanziger Jahre hinein war der ausschließlichen Frauenmilchernährung absoluter Vorrang eingeräumt. Daran an schließt sich eine Zeit, in der durch Zufütterung eine gewisse Abwechslung in der Ernährung versucht und gefördert wurde. Eine Entwicklung wieder zur vollen Stillung des Neugeborenen mit Frauenmilch ist in den dreißiger Jahren zu konstatieren.

Dies könnte eine Reaktion auf die Beobachtung des zu schnellen Gewichtsanstieges infolge Zufütterung sein. Vielleicht spielen auch Überlegungen zur Abstandsregulierung zwischen den Geburten und außerwissenschaftliche Faktoren eine Rolle.

Die Parallele zur Nachkriegszeit bis heute mag hier nur angedeutet sein. Es gab eine Zeit zunehmender künstlicher Ernährung, die sicher auch mit der Perfektionierung industrieller Babynahrung und dem breiten Angebot der Nahrungsmittelhersteller in Zusammenhang steht. Danach entwickelte sich wieder eine Gegenreaktion, ein Aufschwung der natürlichen Ernährung an der Brust. Diese wurde vielleicht auch gefördert durch die Popularisierung psychophysiologischer Zusammenhänge, d. h. durch die zunehmende Bedeutung emotionaler Komponenten. In der folgenden Zeit war eine Kompromißentwicklung festzustellen. Die Gewohnheit des relativ frühen Abstillens aus vermeindlichem Milchmangel. Diesen recht kurzen Stillzeiten wird gerade in der heutigen Zeit durch Forschungsergebnisse widersprochen, die z. B. einer Erhöhung der kindlichen Abwehrschwäche und der Allergieneigungen im Organismus des Säuglings durch zu frühes Absetzen der Frauenmilch entgegen wirken wollen (52).

Bei den oben angeführten Zahlen zum Stillverhalten der im K.A.V.H. entbindenden Frauen gehen also unterschiedliche Beeinflussungen mit ein. Säuglingsernährung war wohl während aller Jahre des hier untersuchten Zeitraumes auch von Zeitströ-

mungen und von Haltungen beeinflußt, die ein Teil der Öffentlichkeit einnahm.

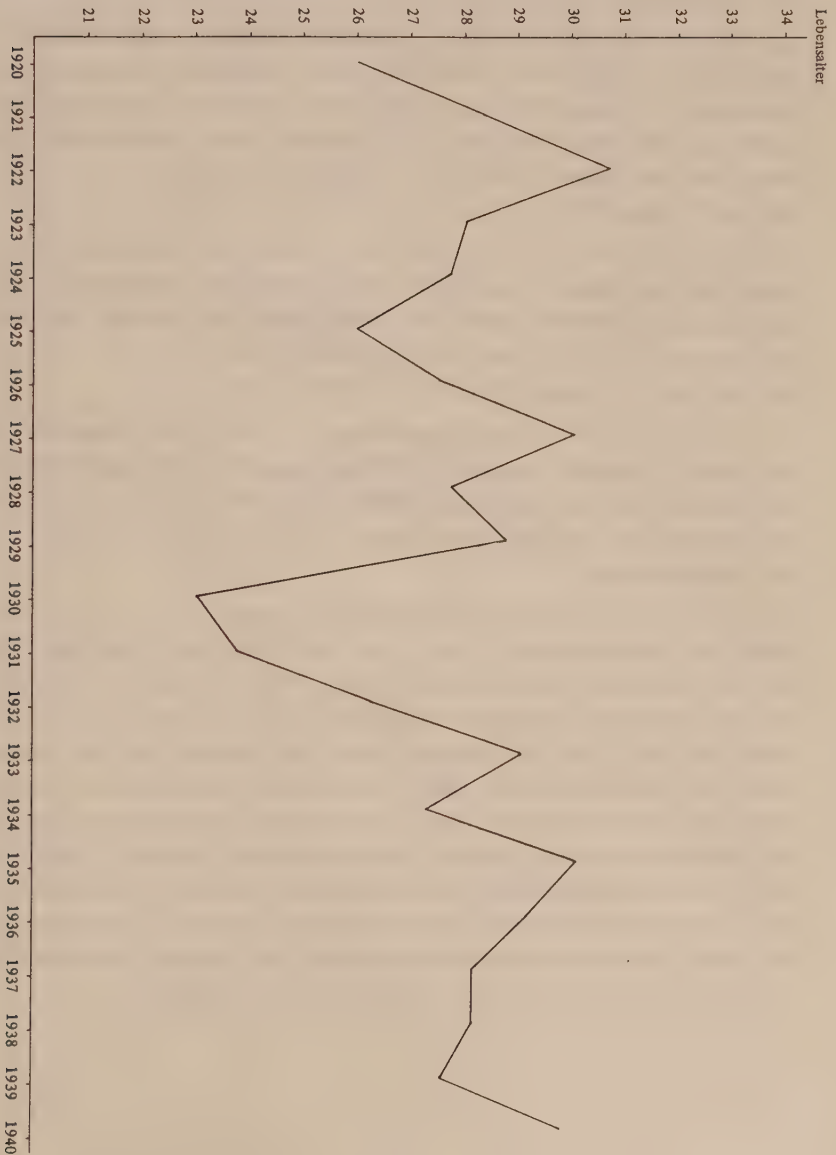
Obwohl hier nur für die ersten zehn Tage die Trinkgewohnheiten des Neugeborenen untersucht werden konnten, und nicht der Gesamtzeitraum des Stillgeschäftes, lassen sich doch Übereinstimmungen feststellen. Die Jahre mit hohen Anteilen von Vollstillung decken sich mit Jahren ausgeprägter "Stillpropaganda". In Jahren, in denen die relative Gleichwertigkeit von Zufütterungen oder Ersatznahrungen stärker diskutiert oder propagiert wurde, steigt der Anteil von Halbstillungen und auch der von Stillunfähigkeit.

Die Gegenüberstellung der Kurve der vollen Stillung und der Kurve der Stillunfähigkeit kann vor allem zur Interpretation des allgemeinen Stillverhaltens dienen. Zeiten von Stillmüdigkeit und Gegenreaktionen lassen sich durch Annäherungen bzw. durch Auseinanderentwicklungen im Kurvenverlauf zumindest in ihrer Tendenz unterscheiden.

Der Verlauf der Kurve der teilweisen Stillung könnte die Richtung der Stlldauerzeiten mit beinhalten. Es sind die Jahre von 1927 bis 1937, die eigentlich konstant einen Durchschnittsanteil von 19 % teilweiser Stillung aufweisen, und in denen eine unterstützende Zufütterung und eine daraus oft folgende Umsetzung der Nahrung vorgenommen wurden.

Die Stillbereitschaft bzw. die Einflußmöglichkeiten bei den entbindenden Müttern verändern sich aber auch durch subjektive Voraussetzungen und Merkmale. Das Lebensalter der Entbindenden könnte eine Rolle spielen:

Durchschnittsalter der entbindenden Mutter im K.A.V.H. im
Zeitraum von 1920 bis 1940



Das Gesamtdurchschnittsalter der entbindenden Frauen liegt im K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940 bei 27,76 Jahren. Diese Zahl erscheint hoch.

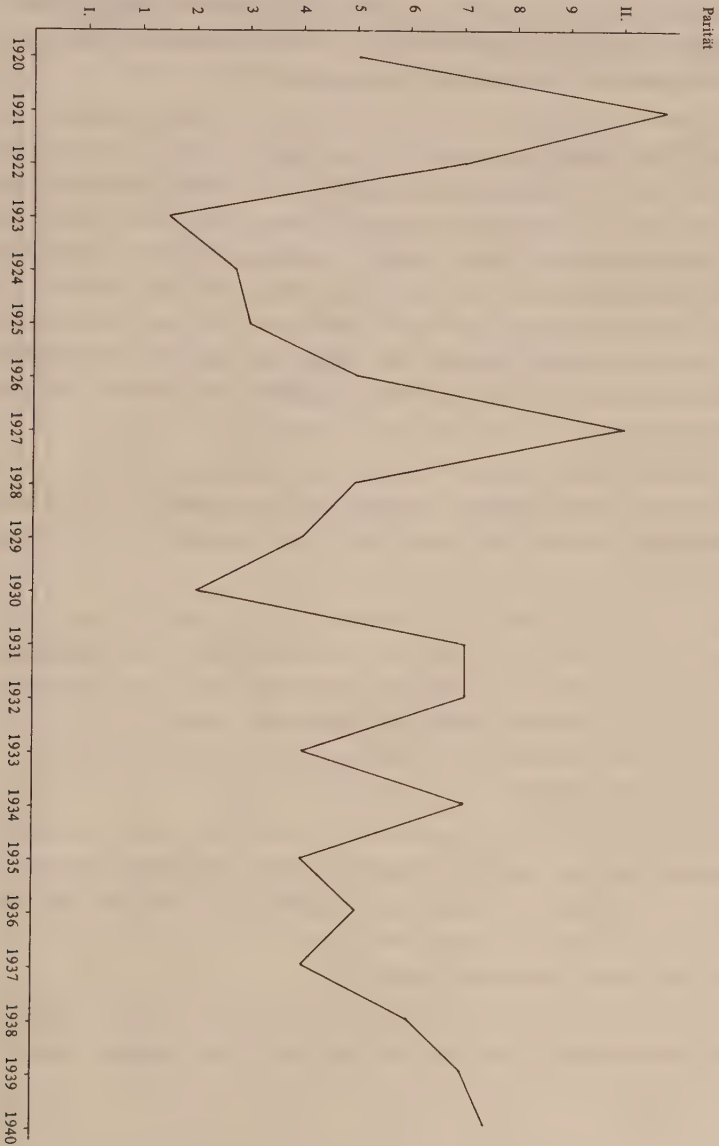
Die höchsten Werte mit über 29 Jahren wurden in den Jahren 1922, 1927, 1933, 1935, 1936 und 1940 gezählt. Die Spitzenwerte liegen im Jahr 1922 mit 30,8 Jahren, im Jahr 1935 mit 30,1 Jahren und im Jahr 1927 mit 30,0 Jahren. Die niedrigsten Durchschnittsalter haben die Jahre 1930 mit 23,0 Jahren und 1931 mit 23,8 Jahren.

Auffällig erscheint das Fehlen von Durchschnittswerten im Lebensalter zwischen 24 und 25 Jahren. Das ist während des gesamten Untersuchungszeitraumes festzustellen. Frauen im mittleren Lebensalter scheinen in den Jahren 1920 bis 1940 am meisten um den Nachwuchs besorgt gewesen zu sein.

Allerdings werden die Untersuchungen zu sozialen Gegebenheiten in einem folgenden Abschnitt dieser Arbeit einschränkend darauf verweisen, daß die entbindenden Frauen im K.A.V.H. in den Jahren seit der Gründung zunehmend dem mittleren sozialen Niveau entstammten.

Ein Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter der Mutter und ihrer Stillbereitschaft ließ sich nicht feststellen. Die Jahre mit den höchsten Lebensjahrdurchschnitten waren auch die Jahre relativ niedriger Prozentzahlen der Vollstillung. Aber auch die Jahre mit den unteren Lebensaltern verzeichnen nur kleine Anteile an Vollstillungen. Das Lebensalter von 26 bis 28 Jahren erscheint als Alter mit der höchsten Stillbereitschaft während des Untersuchungszeitraumes. Die Frage der Parität könnte ebenfalls für Lebensaltersentwicklungen und für das Verhalten bei Stillfrequenz und -dauer eine Bedeutung haben. Eine Mehrpara mit hohen Durchschnittsalter könnte eine bessere Vorbereitung auf die Geburt mitbringen als eine junge Erstpara:

Durchschnittliche Parität der Entbindenden Mutter im K.A.V.H.
im Zeitraum von 1920 bis 1940



Die Parität der entbindenden Frauen im K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940 erscheint auffallend niedrig. Selbst unter sich wandelnden Anschauungen in der Geburtenpolitik bleiben die Zahlen im Durchschnittsbereich. Die Erstparität ist fast schon mit dem Durchschnittswert identisch.

Die tiefsten Werte für die Parität liegen in den Jahren 1923 und 1930, die höchsten Werte in den Jahren 1921 und 1927. Das stimmt in etwa mit den Entwicklungen der Durchschnittszahlen des Lebensalters der Entbindenden überein. Je höher das Lebensalter im Durchschnitt wird, desto ansteigender wird die Parität. Im Gegensatz dazu ist auch das Jahr 1930 mit seinem niedrigsten Lebensaltersdurchschnitt das Jahr mit der untersten Parität. Ein mittlerer Bereich mit leichtem Anstieg zum Ende kann in den Jahren ab 1933 verzeichnet werden. Die Zahlen liegen um einen mittleren Wert von 1,6 Durchschnittsparität.

Diese Beruhigung im Kurvenverlauf ist auch mit der der Lebensaltersgraphik vergleichbar. Dagegen beschreiben die Zahlen diesen mittleren Bereich in ihrer Stillbereitschaft als besonders ungleichmäßig.

Insgesamt ist kein kontinuierlicher Anstieg der Parität während der Jahre von 1920 bis 1940 feststellbar. Die Mehrpara bleibt die Ausnahme. Die Mutterpropaganda im 3. Reich hätte eigentlich ein anderes Ergebnis erwarten lassen. Allerdings könnte der Propagandaerfolg aber auch erst nach 1940 statistisch sichtbar werden.

Die geringe Parität im Gesamtdurchschnitt des Untersuchungszeitraumes und der relativ hohe Altersdurchschnitt weisen mit darauf hin, daß es sich bei einem großen Prozentsatz der im K.A.V.H. entbindende Frauen um Angehörige der mittleren und höheren sozialen Schichten handelt.

Am Ende der Vergleichstabelle und -graphiken zu den Daten aus der Krankendokumentation der Mutter soll ein Liegezeitenvergleich stehen:

Durchschnittliche Liegezeit der entbindenden Mutter im K.A.V.H.
während der Jahre von 1920 bis 1940



Die Liegezeiten der im K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940 entbindenden Frauen machen eine auffällige Entwicklung durch. In der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraumes beträgt die durchschnittliche Anzahl der Verpflegungszeit 14,11 Tage. Für die zweite Hälfte des Untersuchungszeitraumes wurden 11,4 Krankenhaustage ermittelt. Die Anschauungen zur Dauer des Klinikaufenthaltes nach einer Entbindung haben nach der Statistik einen sichtbaren Wandel durchgemacht. Äußere, z. B. wirtschaftliche Einflußnahmen können diese Entwicklung weniger beeinflussen, wenn auch der Liegezeitfipfel von 17,5 Tagen im Jahr 1930 eine zusätzliche Tendenz zu beinhalten scheint. Diese wurde schon bei der Interpretation der Daten aus dem Krankenblatt des kranken Kindes angesprochen: In Zeiten wirtschaftlicher Anspanntheit verhalten sich Aufnahmefrequenz sinkend und Aufenthaltsdauer steigend, also insgesamt entgegengesetzt.

Ein Zusammenhang von Lebensalter der entbindenden Frauen und ihrem Wochenbett ist nicht festzustellen. Im Gegenteil haben die Jahre 1927 und 1935 mit ihren höchsten Lebensaltern bei der Entbindung im Durchschnitt die relativ niedrigsten Liegezeiten, während das Jahr der längsten Klinikaufenthalte die jüngsten Mütter verzeichnet.

Die Vermutung, daß eine hohe Parität auf eine kurze Verweildauer im K.A.V.H. hinweisen könnte, hat sich nicht bestätigt. Die Paritätsgipfel finden sich in den Jahren 1921 und 1927. Das aber sind Jahre, die ganz durchschnittliche Zahlen von Verpflegungstagen aufweisen.

Insgesamt werden Vorstellungen durch obige Zahlen deutlich, daß die Frischentbundene in den zwölf Tagen nach der Geburt ärztlicher Überwachung und pflegerischer Betreuung bedarf.

Resümee:

Die Stillunfähigkeit aus ärztlicher oder konstitutioneller Indikation lag im untersuchten Zeitraum unter 1 %. Bis in die 20er Jahre hatte die Frauenmilchernährung absoluten Vorrang. So zeigten noch die Jahre 1920/21, daß über 90 % der Mütter voll gestillt haben. In den Jahren danach läßt sich eine gewis-

se Zufütterung feststellen, wobei insbesondere durch Zufütterung von Buttermilch eine schnellere Gewichtszunahme erreicht werden konnte. Dieses mag auch ein Grund für die Rückkehr zu vermehrter Vollstillung in den 30er Jahren sein. Insgesamt lag die Zahl der Mütter, die in diesem Untersuchungszeitraum ihre Kinder voll gestillt haben, zwischen 92,9 % und 75,8 %. Die Jahre, in denen man forciert Stillpropaganda betrieb, waren auch die Jahre in denen am häufigsten voll gestillt wurde. In den Jahren, wo eine Ersatzfütterung diskutiert wurde, steigt der Anteil der Halbstillung und der Anteil der Stillunfähigkeit.

Das Gesamtdurchschnittsalter der entbindenden Frau lag bei 27,8 Jahren. Ein Zusammenhang zwischen Lebensalter und Stillbereitschaft läßt sich nicht feststellen. Die durchschnittliche Parität betrug 1,6. Ein kontinuierlicher Anstieg der Parität war im gesamten Untersuchungszeitraum nicht festzustellen. Die geringe Parität und der hohe Altersdurchschnitt weisen darauf hin, daß die Mütter aus den mittleren und höheren sozialen Schichten kamen.

Betrachtet man die Liegezeit der frisch entbundenen, läßt sich in der 2. Untersuchungshälfte ein Rückgang auf durchschnittlich 11,4 Tage feststellen gegenüber der 1. Hälfte, wo die frisch Entbundene noch 14,1 Tage in der Klinik verpflegt wurde.

5. Darstellung, Vergleich und Interpretation sozialanamnestischer Angaben in den Krankenblättern des K.A.V.H. im Zeitraum von 1920 bis 1940

Die gemeinsame Dokumentation von neugeborenem Kind und entbindender Mutter enthält im Normalfall nur Angaben zum Stand. Das beantwortet auch die Frage nach der Ehelichkeit des Kindes, denn als Stand der Mutter wird dann "Ehefrau" eingetragen. Diese zahlenmäßige Unterscheidung nach ehelichen und unehelichen Kindern während der ersten Jahre nach Gründung des K.A.V.H. wird in den meisten Jahren des hier untersuchten Zeitraumes nicht mehr weitergeführt.

Die Zahlen, die im folgenden für die Zeiträume von 1914/15 bis 1919/20 vorgestellt werden, sind in den Jahren danach nicht mehr statistisch erfaßbar, so daß ein Vergleich nicht möglich ist.

Vergleichstabelle vom Stand der Mütter in den Geschäftsberichten

Jahr	Verheiratete	Ledige
1914/15	65,5 %	34,5 %
1915/16	72,3 %	27,7 %
1916/17	68,7 %	31,3 %
1917/18	75,6 %	24,4 %
1918/19	74,2 %	25,8 %
1919/20	68,3 %	31,7 %

Die Unvollständigkeit des Materials gilt erst recht für die sozialen Gesichtspunkte, die die Mütter der unehelichen Kinder betreffen. Daß unverheiratete Mütter oft Dienstmädchen und Erstgebärende waren, ist ein Eindruck aus der Durchsicht der Akten der ersten Untersuchungsjahre, der sich einer zahlenmäßigen Erfassung entzieht.

Weiterhin wird die Ungleichmäßigkeit des vorhandenen Untersuchungsmaterials dadurch verstärkt, daß bei entbindenden Frauen

auf der Privatstation selbst diese kurzen Informationen zum Stand fehlen. Da aber die Privatstation nicht immer aus den Akten erkenntlich wird, und da gerade die Geburtenzunahme dort überproportional wächst, sind die statistischen Angaben in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Das Krankenblatt des kranken Kindes dagegen fragt sowohl nach dem Stand der Erziehungsberechtigten als auch nach sozialen Verhältnissen und dem umgebenden Milieu. Eine willkürliche Auswahl von Bemerkungen aus der Rubrik "Soziales" möchte ich vorstellen und zwar aus solchen Jahren, in denen sie noch handschriftlich gemacht werden mußten. Das geschieht, um einen Eindruck von der Aussagekraft selbst formulierter Bemerkungen zu machen.

Nach 1933 werden diese Angaben immer schematisierter und damit immer allgemeiner formuliert. Schließlich werden sie in den letzten Jahren häufig nur noch mit dem Wort "geordnet" umschrieben. Die inhaltliche Qualität der Formulierungen zum Sozialfeld nimmt mit der Differenziertheit der Fragestellung erheblich ab. Während bis zum Jahr 1933 unter "Soziales" meist ein Satz geschrieben wird, der die wesentlichsten Dinge umfaßt, wird zwar danach das Schema komplizierter, aber die Beantwortung fällt knapp oder unvollständig aus.

Aus der Rubrik "Soziales" im Krankenblatt des kranken Kindes
aus den Jahren von 1920 bis 1933

- 1920 (Nr. 1015): Stube und Küche, dunkel, bewohnt von Großmutter, Mutter und acht Kindern. 180 Mark Rente. Älteste Tochter, die bisher mitverdiente, jetzt krank zu Hause. Außerdem 125 Mark wöchentliche Arbeitslosenunterstützung.
- 1921 (Nr. 562): Stube, Kammer und Küche. Trocken aber keine Sonne. 2 Treppen Gartenhaus. Mann ist Künstlermodell; verdient mäßig.
- 1922 (Nr. 103): Eltern leben getrennt, Stube und Küche für Mutter und drei Kinder im städt. Obdach. Mut-

ter Aufwärterin, 120 Mark **monatlich** keine Kinderzulage. Vater sorgt bisher nicht für die Familie.

- 1923 (Nr. 651): Vater (Schumacher) erwerbslos- 1 Raum für neun Personen, nass, dunkel.
- (Nr. 600): Mutter Arbeiterin, Vater Künstler. Wohnung in einer Laube, 2 Räume, kalt und feucht für 3 Erwachsene und zwei Kinder.
- 1924 (Nr. 716): Mutter ist Arbeiterin. Stube und Küche für Mutter und zwei Kinder. Verdienst 18 Mark wöchentlich.
- 1925 (Nr. 705): Vater ist Schneidergehilfe, Heimarbeiter, verdient 150 - 200 Mark monatlich (Saisonarbeit). Wohnung: 1 möbliertes Zimmer u. 1 Arbeitsraum in dem auch gekocht wird für Eltern und Kind. 1 Treppe, trocken. Im Sommer Morgensonne, geräumig, 2 Fenster.
- 1926 (Nr. 176): Vater ist Eisenbahnbediensteter. Wochenverdienst 30 Mark. Wegen Unfalls (Invaliden-) Rente 15 Mark pro Monat. Wohnung: 1 Zimmer und Küche, hell, sonnig, trocken.
- (Nr. 172): Polizei-Oberleutnant, monatl. 275 Mark.
- 1927 (Nr. 185): 1 Zimmer, 1 Küche; Stube feucht. 50 Mark Sozial-Rente plus 20 Mark Invalidenrente für das Kind.
- 1928 (Nr. 748): Wohnung: Stube und Küche, sonnig, trocken für Eltern und drei Kinder. Wochenverdienst (Bahnarbeiter) ca. 45 Mark.
- (Nr. 756): 3 Stuben und Küche, geräumig, trocken, sonnig; "sehr gesund", Vater Bankangestellter, ca. 400 Mark monatlich (Barmer Ersatzkasse).
- 1929 (Nr. 507): 1 Zimmer mit Küchenbenutzung für Eltern und zwei Kinder. Patient liegt immer im Kinderwa-

gen. Vater (Chauffeur, privat) verdient wöchentlich 50 Mark.

- 1930 (Nr. 1367): 2 Zimmer und Küche, feucht, sonnenwarm, für 2 Erwachsene und 2 Kinder. Vater (Straßenbahnschaffner) verdient 55 Mark wöchentlich.
- 1931 (Nr. 592): 2 Zimmer und Küche für 10 Personen, trocken, hell. Vater (Straßenbahnschaffner) 220 Mark monatlich. Pat. schläft mit 3j. Schwesterchen.
- 1932 (Nr. 207): Stube und Küche für 7 Personen. Wirtschaftslage: 21 Mark Unterstützung (arbeitslos). Kind hat eigenes Bett.
- 1933 (Nr. 1236): Stube und Küche für 6 Personen. 250 Mark im Monat (Magistratsangestellter). Pat. schläft mit (Schwester) Ingrid zusammen.

Diese Art, Soziales zu beschreiben, wird nicht fortgeführt. Aus Gründen der Uneinheitlichkeit und Unvollständigkeit ist es für den hier untersuchten Zeitraum nicht möglich, einen Vergleich über z. B. Wohnraumgrößen bzw. jedem Familienmitglied zur Verfügung stehenden Platz auszurechnen. Das Material ist nicht durchgängig vergleichbar und in seiner Genauigkeit zu unterschiedlich, um einer Statistik als Basis zu dienen. Auch im Krankenblatt des kranken Kindes werden die Sozialangaben nur bei einem bestimmten Personenkreis ausgefüllt.

Gute wirtschaftliche Verhältnisse wurden offenbar bei Patienten der Privatstation vorausgesetzt, sozialanamnestische Angaben wurden jedenfalls bei Privatpatienten nicht erhoben.

Vergleichbar sind die Standesangaben. Die Berufe der Eltern sind in fast allen Krankenblättern zuverlässig und genau überliefert, so daß eine statistische Auflistung über die Herkunft der Kinder möglich wird. Da eine Einteilung nach allgemeinen Berufsgruppen verwirren könnte, denn ein Kaufmann kann vermögend oder aber stellungslos sein, wurde versucht, in Personenkreise (Pk) zu unterscheiden. Jede Berufsangabe wurde mit den

vorhandenen sozialen Zusatzdaten einzeln gegutachtet und dann einem von drei Personenkreisen zugeordnet.

Beispielhaft sollen hier Berufe und ihre Zuordnungen vorgestellt werden:

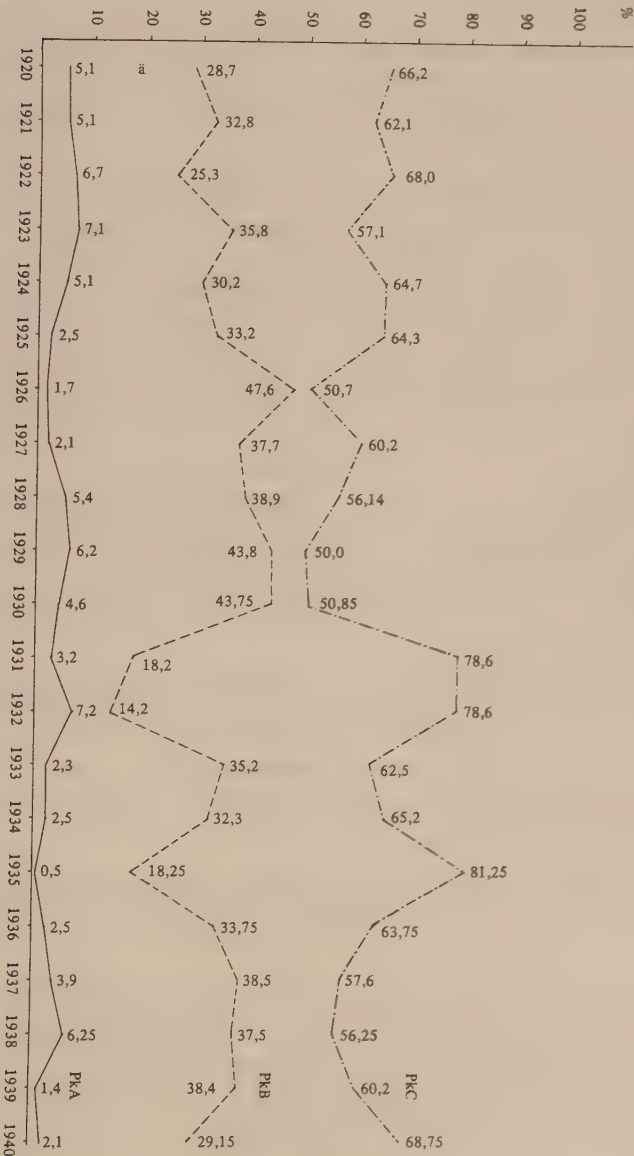
Personenkreis "A" (PkA) = oberste Schicht = Professor, Direktor, Landrat, General, Gutsbesitzer, besitzender Adel;

Personenkreis "B" (PkB) = mittlere Schicht = Pfarrer, Ingenieur, Arzt, Lehrer, Rechtsanwalt, Gastwirt, selbständiger Meister, Opernsänger, Landwirt, Inspektor;

Personenkreis "C" (PkC) = untere Schicht = Arbeiter, kleiner Kaufmann, Handwerker.

In der folgenden graphischen Darstellung wird versucht, eine Herkunftsverteilung der Kinder zu veranschaulichen:

Prozentuale Zusammensetzung der sozialen Herkunft der kranken Kinder im K.A.V.H. von 1920 bis 1940



Zeichenerklärung:
 Personenkreis "A" (vgl. Definition) = PKA
 Personenkreis "B" (vgl. Definition) = PKB
 Personenkreis "C" (vgl. Definition) = PKC

Die prozentuale Zusammensetzung der sozialen Herkunft des kranken Kindes im K.A.V.H. von 1920 bis 1940 zeigt eine im Prinzip einheitliche Gesamtstruktur.

Das kranke Kind entstammt überwiegend den sozialen Schichten, die hier als Personenkreis "C" definiert wurden. Besonders groß ist der Anteil dieser Kinder im Zeitraum von 1920 bis 1925 und in den Jahren von 1931 bis 1935.

In beiden Entwicklungszeiträumen wirken vielleicht äußere wirtschaftliche Gegebenheiten mit ein, die besonders die gesundheitliche Situation von Kindern aus sozial benachteiligten Schichten betreffen. Hier soll nur an das auffällige Ansteigen von Ernährungsstörungen im weitesten Sinne in solchen krisenhaften Zeiten erinnert sein. Im zweiten Zeitraum von 1931 bis 1935 ist der Prozentsatz von Kindern des Personenkreises "C" noch höher. In diese Entwicklung könnte der steigende Bekanntheitsgrad des K.A.V.H. mit eingegangen sein.

Der Personenkreis "B" nimmt durch den Untersuchungszeitraum hindurch den zweiten Platz am Anteil kranker Kinder ein. Die einzelnen Zahlen der Jahresbeteiligungen sind gleichmäßiger, so daß hier die konjunkturellen Schwankungen eine weniger bedeutende Rolle zu spielen scheinen.

Zweimal nähern sich die Kurvenverläufe beider Personenkreise: 1928 bis 1930 und 1936 bis 1940.

Schlechte Versorgung besonders in den Jahren 1929 bis 1930 dürfte auch die Mittelschicht veranlaßt haben, ihre Kinder eher in die Obhut einer Klinik zu geben.

Die recht gleichmäßige Annäherung der Kurven in den Jahren von 1936 bis 1940 weist auch auf Entwicklungen innerhalb der Personenkreise hin.

Es findet eine gewisse Umstrukturierung statt. Zunehmend tauchen in diesen Jahren technische Berufe auf. Die Entwicklung im Maschinenwesen eröffnete z. B. Arbeitern die Möglichkeit in Angestelltenverhältnisse überzuwechseln, die hier als Personenkreis "B" aufgeführt sind.

Als Beispiel mag der Aufstieg zum Techniker angeführt sein, der auffällig oft als Berufsangabe in dieser Zeit angeführt wurde. Das muß sich auf die prozentuale Verteilung innerhalb der Personenkreise auswirken, und erklärt mit die Annäherung der Kurvenverläufe.

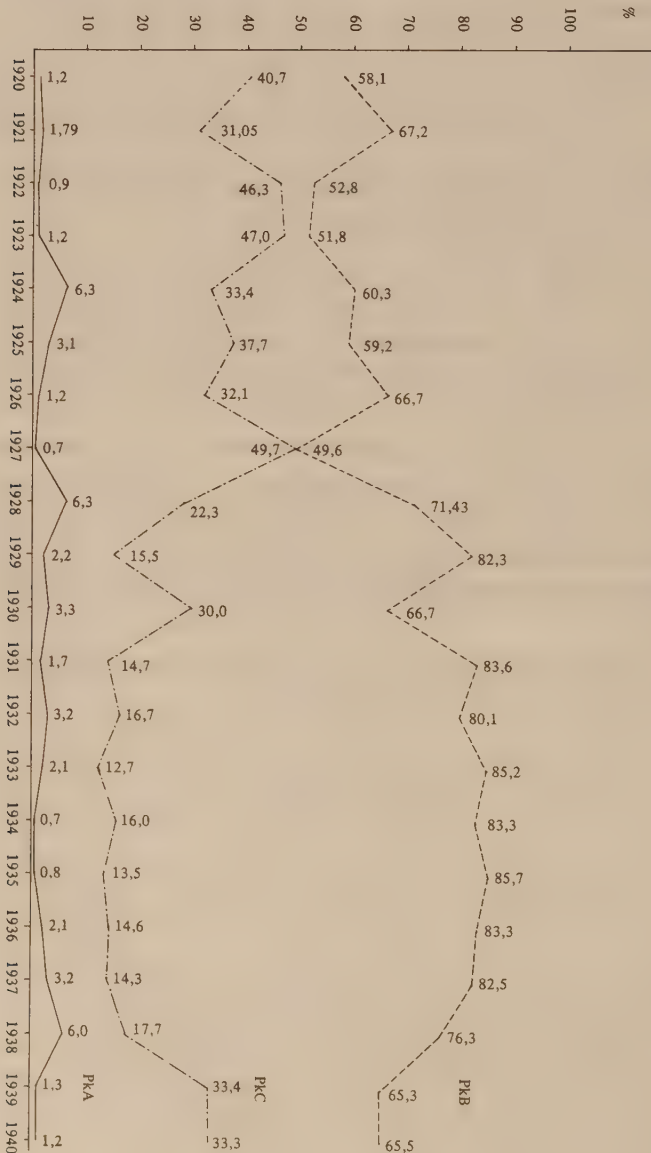
Die soziale Herkunft aus dem Personenkreis "A" bildet erwartungsgemäß einen unwesentlichen, wenn auch konstanten Prozentsatz der kranken Kinder im K.A.V.H. Es sind dort im übrigen schwere Erkrankungen mit langen Liegezeiten, die aus diesem Personenkreis zur Behandlung kommen.

Auffällig in ihrer Kurvenentwicklung sind noch die Jahre 1930 und 1935. Im Jahr 1930 sind die Personenkreise "B" und "C" fast zu gleichen Teilen repräsentiert. Im Gegensatz dazu sind im Jahr 1935 beide Personenkreise besonders weit voneinander im Kurvenverlauf entfernt.

Die prozentuale Zusammensetzung der sozialen Herkunft der neugeborenen Kinder im K.A.V.H. von 1920 bis 1940 zeigt ebenfalls eine einheitliche Gesamtstruktur. Diese unterscheidet sich aber in ihrer inhaltlichen Aussage von den Feststellungen, die bei der Auswertung der Krankenblätter des kranken Kindes gemacht werden konnten.

Die folgenden graphischen Darstellungen zeigen unterschiedliche Anteile der einzelnen Personenkreise:

Prozentuale Zusammensetzung der sozialen Herkunft der Neugeborenen im K.A.V.H. von 1920 bis 1940



Zeichenerklärung:
 Personenkreis "A" (vgl. Definition) ≙ PKA
 Personenkreis "B" (vgl. Definition) ≙ PKB
 Personenkreis "C" (vgl. Definition) ≙ PKC

Nach den aus den Krankendokumentationen des neugeborenen Kindes bzw. der entbindenden Mutter errechneten Prozentzahlen entstammt das Neugeborene überwiegend aus sozialen Schichten, die hier als Personenkreis "B" definiert wurden. Diese Entwicklung setzt sich darüberhinaus in zunehmendem Maße fort.

Zwei große Entwicklungszeiträume sind zu unterscheiden: Eine erste Phase von 1920 bis 1928 hat zwar einen überwiegenden Prozentanteil von Neugeborenen des Personenkreises "B" (um 60 %), aber die Zahlenwerte aus dem Personenkreis "C" sind noch annähernd vergleichbar (um 35 %). Die zweite Phase dagegen von 1929 bis 1938 verzeichnet einen übergroßen Prozentsatz von Neugeborenen aus dem Personenkreis "B" (um 80 %), während die Zahlen des Personenkreises "C" auf etwa 15 % absinken.

Abgesehen von den schon oben dargestellten strukturellen und allgemeinwirtschaftlichen Einflüssen, die die Personenkreise selbst und ihre Verhaltensweisen direkt betreffen könnten, scheint sich in dieser Tendenz ein wachsendes Entbindungsbewußtsein bestimmter sozialer Kreise zu dokumentieren. Es wird wohl zur zeitgemäßen Auffassung, eine Hausgeburt zugunsten der Klinikgeburt aufzugeben. Diese Ansicht setzt sich anscheinend zuerst und in zahlenmäßig auffälliger Weise bei den mittleren sozialen Schichten durch.

Auch die vom K.A.V.H. entwickelten Ernährungsrichtlinien, deren Einhaltung auch nach Entlassung vom Wochenbett ein Hauptziel der Klinik war, konnten vor allem Mütter mit einem bestimmten Bildungsniveau interessieren. Diese gehören überwiegend den mittleren und höheren sozialen Schichten an. Das Bildungsniveau der Mutter hat einen Einfluß auch auf die Ernährungsgewohnheiten des Neugeborenen (53).

Auffällig ist noch das Jahr 1927, in dem sich die Prozentzahlen der Personenkreise "B" und "C" fast gleichen, und die Entwicklung der Zahlen ab 1939, die wieder auf eine Annäherung der Kurven zu weisen scheint.

Resümee:

Das Krankenblatt des kranken Kindes fragt sowohl nach dem Stand als auch nach den sozialen Verhältnissen. Bis 1933 hat man in die Rubrik Soziales meist einen Satz geschrieben. Ab 1933 wird eine differenzierte Fragestellung eingeführt, deren Beantwortung im Laufe der Jahre immer spärlicher ausfällt, oft nur mit einem Wort wie z. B. "geordnet". Die inhaltliche Seite der Antworten nimmt mit zunehmender Differenziertheit der Fragestellung ab. Bei privat liegenden Patienten wird sehr oft die Sozialanamnese nicht erhoben. Standesangaben sind in fast allen Krankenblättern zuverlässig überliefert.

Das kranke Kind entstammt überwiegend aus dem Personenkreis "C" (Unterschicht). Der Personenkreis "B" (Mittelschicht) nimmt den 2. Platz ein. Zur Annäherung der beiden Personenkreise führen wirtschaftliche Notzeiten, in denen die Mittelschicht ihre kranken Kinder lieber im Krankenhaus aufbewahrt sah. Eine weitere Annäherung der Personenkreise "B" und "C" ist bedingt durch Umstrukturierung der Berufsbilder. Personenkreis "A" (Oberschicht) bildet einen unwesentlichen, wenn auch konstanten Prozentsatz.

Die neugeborenen Kinder entstammen überwiegend aus der Mittelschicht. Besonders in den Jahren 1929 bis 1938 stammt ein übergroßer Prozentsatz von Neugeborenen (um 80 %) aus der Mittelschicht, während aus der Unterschicht etwa 15 % stammen.

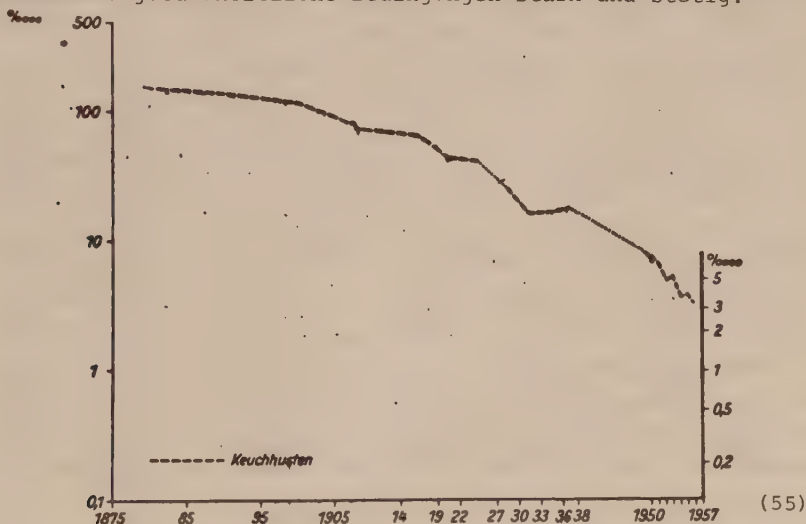
Die zeitgemäße Auffassung, die Hausgeburt zu Gunsten der Klinikgeburt aufzugeben, setzt sich anscheinend zuerst in den mittleren sozialen Schichten durch.

Auch dürften die vom K.A.V.H. entwickelten Ernährungsrichtlinien die Mütter mit höherem Bildungsniveau veranlaßt haben, in diesem Haus zu entbinden.

6. Krankheitsentwicklungen anhand der Dokumentationen des kranken Kindes im K.A.V.H. von 1920 bis 1940: der Keuchhusten

Die erste Beschreibung des Keuchhustens stammt aus dem Jahre 1578 von Guillaume de Baillou in Paris (54). Mit immer neuen Mitteln ist der Keuchhusten vergeblich behandelt worden.

Die Keuchhustenbazillen wurden 1906 von J. Bordet und O. Gengou entdeckt. Die Sterblichkeit sank aber schon seit 1905 durch veränderte gesundheitliche Bedingungen stark und stetig:



Der Keuchhusten ist an sich nie seltener geworden, sondern wird von vielen Kindern durchgemacht. Das Absinken der Letalität und Mortalität liegt an den besseren gesundheitlichen Bedingungen.

Ich habe versucht, die Therapie in den Lehrbüchern der damaligen Zeit zusammenzufassen.

Heubner (1903) spricht von der "Diätetik des Keuchhustens", von "reichlicher Ventilation der Lungen" durch Luftwechsel oder "Zweizimmerbehandlung". In der medikamentösen Behandlung beschreibt er neben Chinin mit "abtötenden oder wenigstens hemmenden Einfluß" antikatarrhalische (Pertussin), narkotische (Atropin, Morphin, Chloralhydrat) und antispasmodische (Brom)

Pharmaka (56). Finkelstein (1912) verweist auf die heilwirkende Möglichkeit eines "Halbschlummers" mittels Narkotizis, ansonsten erwähnt auch er Bäder, Freiluft und Ernährungsvorschriften. Als Medikamente werden Chinin, Brom, Belladonna, Chloralhydrat und Morphinum genannt (57). Bei Feer (1917) steht der "Genuß reiner Luft" im Vordergrund. Als Heilmittel vor allem Chinin, dann narkotische Mittel wie Codein und Brompräparate, im Anfall selbst Morphinum und Belladonna. Darüberhinaus milcharme Diät und Kampher zur Bekämpfung der Herzschwäche (58). Birk (1920) hält besondere medikamentöse Behandlung bei leichtem Keuchhusten für "nicht nötig". Er empfiehlt Übergußbäder, Wickel, Freiluftbehandlung. Bei schwereren Fällen allerdings sollen Chinin und Narkotizis (Kodein, Laudanum) angewendet werden. Die Herzschwäche soll mit Kampher und Senfwickel bekämpft werden, und bei Krämpfen sollen Lumbalpunktionen helfen (59). Lust (1938) beschreibt die Röntgendiagnostik und die Züchtung der Bordet-Gengouschen Bazillen für "spezifische Prophylaxe" und auch schon zur "spezifischen Behandlung mit den genannten Vakzinen", die aber als umstritten galt. Ansonsten sind weiterhin Chininpräparate, Sedativa und bei Krämpfen Stronchin angeführt. An allgemeinen Maßnahmen werden immer noch Freiluft und sorgfältige Überwachung der Ernährung (Buttermehlvollmilch) bevorzugt (60). Von Pfaundler (1947) beschreibt übrigens noch die gleichen Maßnahmen fast gleichlautend wie Lust (61).

Heute (62) ist die Behandlung mit Antibiotika indiziert, aber vor allem weiterhin Freilufttherapie, Beruhigung und allgemeine Pflege des erkrankten Kindes.

Im Vergleich sollen nun die Behandlungen, wie sie aus den Krankenblättern der kranken Kinder im K.A.V.H. ersichtlich sind, verglichen werden. Sie sind nahezu gleichlautend.

Die folgende Zusammenstellung von Therapieformen aus willkürlich ausgewählten Krankenblättern der an Pertussis im K.A.V.H. erkrankten Kinder durch den Untersuchungszeitraum von 1920 bis 1940 hindurch macht diese Übereinstimmung deutlich:

Behandlungsschema bei Pertussis in ausgewählten Krankenblättern

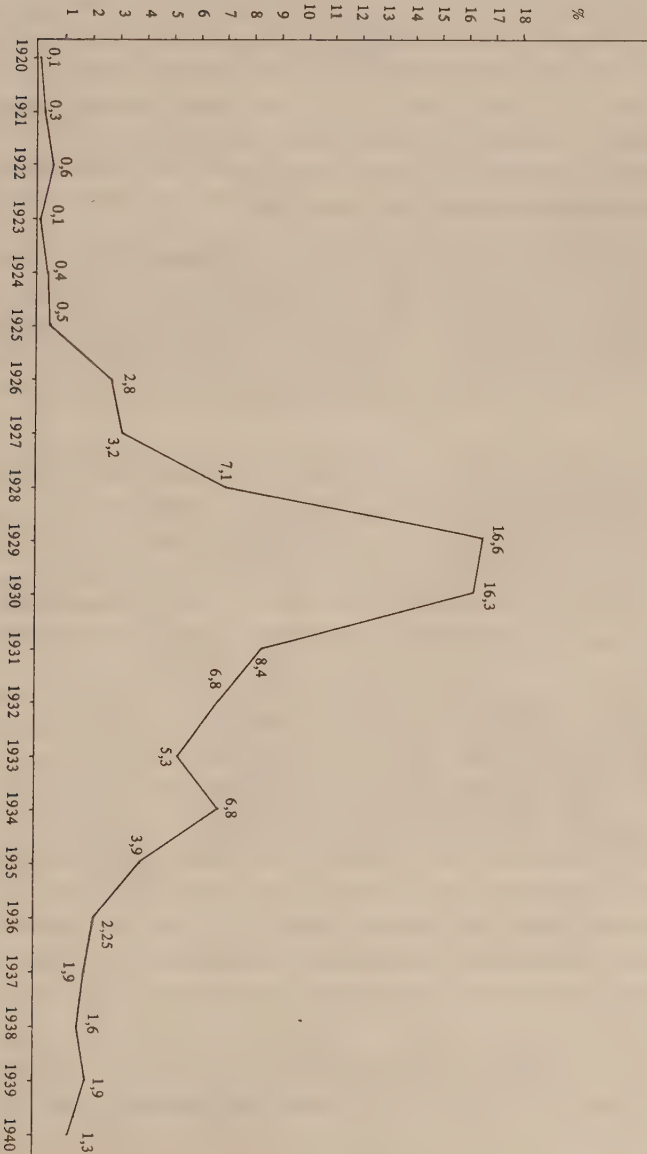
Jahr	Behandlung
1920	Brause, Ligu. Pect. (2 mal 1 Teel.)
1921	Brausebäder, Atropin (5 mal 5 Trpf.), Magenspülungen
1922	Senfwickel, Campher, Coffein, heiße Brustwickel, Abgußbäder
1923	Senfwickel, heißes Bad, Freiluft; Coffein, Campher
1924	heiße Brustwickel, Senfwickel, Bäder; Morphin, Verodigon, Methan
1925	Senfwickel, heißes Bad, Sauerstoff; Coffein, Campher, Omnadin, Suprarenin, Lobelin
1926	Freiluft, Brausebäder; Dicodid, Hexutin, Campher
1927	Senfwickel, Abgußbäder, Freiluft; Transpulmin, Pyramidon, Ipecac
1928	Senfwickel, Abgußbäder, Freiluft; Atropinsulfat, Acidol, Pepsin
1929	Senfwickel, Freiluft, Campher; Coffein, Cardiazol, Bromoval, Aspirin
1930	Campher, Freiluft, Abgußbäder; Aspirin, Solosal
1931	Freiluft, Abgußbäder; Tuscosan, Bromoform
1932	Freiluft, Abgußbäder, Campher; Aspirin, Brom comp., Coffein
1933	Freiluft, Abgußbäder, Senfwickel; Luminaletten
1934	Freiluft, Abgußbäder; Cardiazol, Luminaletten, Vigantol
1935	Freiluft, Abgußbäder; Cardiazol, Transpulmin, Octin
1936	Freiluft, Senfwickel, Abgußbäder; Cardiazol, Pyramidon, Drosithym
1937	Freiluft, Abgußbäder; Pertussis-Mischvaccineinjektionen, Redoxon
1938	Senfwickel, Abgußbäder, Freiluft; Sympatol, Luminaletten, Adalin, Redoxon, Vigantol
1939	Senfwickel, Abgußbäder; Luminaletten, Vigantol, Phytopan i.m. (4 mal)
1940	Freiluft, Sauerstoff, hydrotherapeutische Maßnahmen; Eubasin, Cardiaca

Die Behandlung der Pertussis in den Jahren von 1920 bis 1926 besteht überwiegend aus physikalischen und diätetischen Maßnahmen: Freiluft soll die Lunge reichlich ventilieren, um ebenso wie Bäder pulmonalen Komplikationen vorzubeugen. Herzschwäche wird mit Kampher bekämpft. Bäder mit Überguß werden bereitet, damit die Kinder kräftig abhusten. Feuchte Wickel um Brust und Bauch dienen der Beruhigung zur Nacht. Nach Erbrechen werden kleine, konzentrierte Mahlzeiten angewendet.

Ab dem Jahr 1927 wird eine intensivere, vor allem medikamentöse Therapie betrieben. Sie besteht in der Verabreichung von Beruhigungsmitteln, hustendämpfenden und kreislaufstabilisierenden Pharmaka. Während schon in der ersten Zeit der dreißiger Jahre Bakterien regelmäßig durch Zucht nachgewiesen werden, ist erst seit 1936/37 eine prophylaktische bzw. therapeutische Pertussis-Mischvakzine-Injektion zu dokumentieren. Bis zuletzt aber bleiben hydrotherapeutische Maßnahmen und hygienische Anstrengungen neben unterstützender Arznei Mittel der Wahl.

Diese sprunghafte Intensivierung der Therapie ab 1927 deckt sich mit den formalen Entwicklungen: Aufnahmefrequenz und Liegezeit. Die folgende graphische Darstellung zeigt die Aufnahmefrequenz von Pertussis-Patienten in das K.A.V.H. während des Untersuchungszeitraumes von 1920 bis 1940:

Aufnahmefrequenz von Pertussis-Patienten in das K.A.V.H. von
1920 bis 1940



Die Kurve der Aufnahmefrequenz von Pertussis-Patienten in das K.A.V.H. zeigt eine Aufwärtsentwicklung von 1920 bis 1930. Von einem prozentualen Anteil von 0,1 % aller Hauptdiagnosen steigt der Prozentsatz von Pertussispatienten auf 16,6 %, um damit zeitweise den 1. Platz aller im K.A.V.H. behandelten Krankheiten einzunehmen. Genauso rasch erscheint die Abwärtsentwicklung bis zum Jahr 1933. Es findet noch ein kurzer Anstieg der Kurve statt, dann bewegt sie sich zu einem kontinuierlichen Durchschnitt von 1,8 % Keuchhusten-Krankheitsfällen als Jahresanteil aller Einweisungsdiagnosen von 1936 bis 1940.

Die Liegezeiten betragen bis zum Jahr 1926 im Durchschnitt fünf Tage. Die Patienten werden nur kurz anbehandelt, dann überwiesen oder nach Hause entlassen. Die Behandlungsmöglichkeiten im K.A.V.H. waren zwar ausreichend, aber die Ansteckungsgefahr zu groß. Eine gut funktionierende Infektionsabteilung gab es noch nicht.

In den Jahren von 1927 bis 1932 kann die Infektionsabteilung unter optimalen Bedingungen, neu eingerichtet arbeiten. Es scheint ein gewisser Enthusiasmus einzusetzen, jede Pertussis-Erkrankung zu behandeln und durch Intensivtherapie zu heilen. Die Krankheit umfaßt 1929 den größten Anteil aller behandelten kranken Kinder. Die Liegezeiten betragen im Durchschnitt vierzig Tage.

Da trotz intensiver Pflege absolute Heilungsziffern nicht zu erreichen waren, setzte wohl eine gewisse Enttäuschung ein. "Der Keuchhusten der kleinen Kinder im Krankenhaus trägt einen weitaus bösartigeren Charakter wie in der Familie" schreibt Finkelstein (63) und nimmt damit gegen die Hospitalisierung bei jedem Keuchhusten-Verdächtigen Stellung. Es hatte sich gezeigt, daß die Superinfektionen die größte Gefahr für das erkrankte Kind darstellten. Diese Keime waren im Krankenhaus häufiger, so daß Komplikationen öfter zu verzeichnen waren als in häuslicher Pflege.

Ab 1933 sinkt der Prozentsatz der Keuchhustenpatienten am Gesamtkrankengut, um sich ab 1937 auf einen Durchschnittswert um

1,6 % einzupegeln. Die Liegezeit beträgt dann im Durchschnitt 20 Tage. Am Ende des Untersuchungszeitraumes hat man wohl nur noch die schweren Fälle von Pertussis stationär behandelt. Der leichtere Krankheitsverlauf kam nicht mehr zur Einweisung, bzw. man hat den Eltern in der Poliklinik nur noch Ratschläge für die häusliche Betreuung gegeben.

Resümee:

Die Aufnahmefrequenz von Pertussis-Patienten zeigt eine Aufwärtsentwicklung von 1920 bis 1930. Die Liegezeiten betragen bis zum Jahr 1926 im Durchschnitt 6 Tage. Bis dahin bestand die Behandlung der Pertussis überwiegend aus physikalischen Maßnahmen wie Frischluftbehandlung, Abgüßbädern und Wickel und diätetischen Maßnahmen. Man gab aber auch Kampher gegen Herzschwäche, Sedativa wie Chloralduurat, als Antitussiva z. B. Codein, zur besseren Sekretolyse Liq. pec.

Die gefürchtete Ansteckungsgefahr für die übrigen Patienten ist mit der 1927 neu eingerichteten Infektionsabteilung weitgehend aufgehoben. Eine intensivere, vor allem medikamentöse Behandlung, ließ sich ab diesem Zeitpunkt durchführen. Die Liegezeit stieg bis zum Jahr 1933 auf durchschnittlich 40 Tage.

In dem Jahr 1936 wird erstmals eine prophylaktische, bzw. therapeutische Pertussis-Mischvakzine-Injektion dokumentiert. Als man jedoch sah, daß trotz intensiver Zuwendung die Heilung nicht zu beschleunigen ist und mit der langen Liegezeit zudem die Gefahr der Superinfektion wächst, verzichtete man wieder auf eine generell längere Behandlungsdauer. Gegen Ende der 30er Jahre kamen offensichtlich nur noch schwere Verläufe als Aufnahme in Frage.

7. Zusammenfassung

Aufgrund der Tatsache, daß in Deutschland nach der Jahrhundertwende noch fast 20 % der geborenen Säuglinge verstarben, wurde 1907 auf Initiative der damaligen Kaiserin Auguste Viktoria das nach ihr benannte Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich gegründet. 1973 wurde das K.A.V.H. als Universitäts-Kinderklinik von der Freien Universität Berlin übernommen.

Die damaligen Gründungsziele waren, Material über die Säuglingssterblichkeit zu sammeln, insbesondere wollte man wieder die natürliche Ernährung in den Vordergrund stellen und propagieren. Für die Perfektionierung sollte bei der künstlichen Ernährung Sorge getragen werden. Unehelich Geborene und ihre Mütter sollten Pflege erfahren.

Die Untersuchungen zum Krankenblatt im K.A.V.H. von 1920 bis 1940 basieren auf 3 Dokumentationssammlungen:

1. Die Krankenakten von 1920 bis 1940.
2. Diagnosenkartei, in welcher bei jeder Entlassung in den Jahren 1920 bis 1937 eine Karteikarte angelegt wurde.
3. Die Jahres- und Mehrjahresberichte, die bis zum März 1935 der Stiftung Rechenschaft ablegten.

Die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse beziehen sich, soweit nicht anders im Text formuliert, immer auf den Gesamtzeitraum der Untersuchung von 1920 bis 1940.

Im Zeitraum von 1920 bis 1940 stieg die Aufnahmefrequenz um 50 %, wobei auffällt, daß in wirtschaftlich schlechten Zeiten (1923 - 1925 und 1929 - 1930) die Aufnahmen zahlenmäßig abnehmen, während die Liegezeiten ansteigen. In stabilen wirtschaftlichen Zeiten liegt die durchschnittliche Liegezeit aller Patienten bei 20 Tagen. Optimale Versorgung, Vervollkommnung der künstlichen Ernährung, u. a. mit dem im K.A.V.H. entwickelten Fertigprodukt Eledon, sowie die 1927 zusätzlich in Betrieb genommene Infektionsabteilung waren einige der Gründe für den Anstieg der Patientenzahlen.

Betrachtet man die Geburtenfrequenz, so fällt ebenfalls ein zunächst kontinuierlicher, wenn auch langsamer Anstieg auf, der dann ab dem Jahr 1938 eine rapide Steigerung erfährt. Hatte man 1920 274 Geburten zu verzeichnen, so waren es 1940 755. Der Anteil der Neugeborenen an den Aufnahmen betrug während des Untersuchungszeitraumes durchschnittlich 20 %. Ebenfalls relativ konstant blieb der Anteil der Frühgeborenen mit 4,5 bis 5 % der Neugeborenen, wobei die Überlebensrate der Frühgeborenen im K.A.V.H. etwa doppelt so hoch war wie die der Auswärtsgeborenen.

Die beiden größten Krankheitsgruppen waren die Infektionskrankheiten und die Erkrankungen der Verdauungsorgane (Dyspepsie, Dystrophien, Enterokatarre). Der prozentuale Anteil der Dyspepsien, Dystrophien und Enterokatarre hat seinen Gipfel mit ca. 22 % im Jahre 1925. Er blieb in den folgenden Jahren bei einem Prozentsatz um 15 - 20 %. Die Infektionskrankheiten haben den höchsten Punkt der Krankheitshäufigkeit mit 37 % im Jahre 1930, um dann kontinuierlich bis zum Jahr 1940 auf 9 % abzusinken.

Das Durchschnittsalter der kranken Kinder ist während des Untersuchungszeitraumes ansteigend. 1930 beträgt das mittlere Lebensalter 26 Monate, dann erfolgt ein Anstieg, bis im Jahre 1937 ein Lebensaltersgipfel von 44 Monaten erreicht wird, was auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für Krankheiten im Kindesalter spricht. So ist ein Sinken der Überweisungen ab dem Jahr 1927 festzustellen, in dem die Infektionsabteilung ihre Tätigkeit aufnahm.

Durchschnittlich 68,6 % der kranken Kinder werden als geheilt oder gebessert nach Hause entlassen. Durchschnittlich 11,8 % der Kinder versterben nach der Einweisung, wobei die durchschnittliche Überlebenszeit nach Einweisung darauf verweist, daß ein Großteil dieser Kinder in einem moribunden Zustand eingeliefert wurden.

Die Liegezeit der kranken Kinder betrug durchschnittlich 32,3 Tage, die wie die durchschnittliche Liegezeit aller aufgenommenen Patienten in wirtschaftlichen Notzeiten über dem Durchschnitt liegt.

Beim Betrachten der Fütterungsprinzipien fällt auf, daß sie mit Zunahme der ernährungsphysiologischen Erkenntnisse eine Änderung erfahren. So wird die Buttermilchzufütterung verlassen, als man herausgefunden hat, daß der Eiweißanteil in der Buttermilch besonders hoch ist und einen zu schnellen Gewichtsanstieg bei den Säuglingen verursacht. Vergleicht man die Fütterungsmengen der Säuglinge, dann steigt diese am 1. Fütterungstag von anfangs 50 g auf 100 g gegen Ende des Untersuchungszeitraumes. Die mittlere Füttermenge am 10. Tag, dem mittleren Entlassungstag, bleibt hingegen in etwa über den Gesamtzeitraum hinweg mit ca. 500 g gleich. Die Gesamtfüttermenge während der ersten 10 Fütterungstage beträgt 3350 g.

Eine Zunahme ist bei der Körperlänge zu verzeichnen. Sie stieg von 51 auf 52 cm. Diese Entwicklung ist bei den Geburtsgewichten nicht zu bemerken. Das mittlere Geburtsgewicht betrug 3410,6 g. Beim Vergleichen der Körperlänge mit der Gewichtszunahme ist für Neugeborene im unteren Längenbereich eine bessere Gewichtszunahme zu verzeichnen. Wiederum auf die wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen bezogen zeigen die Geburtslängen und Geburtsgewichte gemeinsam größere Schwankungen in den Zeiten wirtschaftlicher und sozialer Unausgewogenheit.

Die Stillunfähigkeit aus ärztlicher oder konstitutioneller Indikation lag unter 1 %. Bis in die 20er Jahre hatte die Frauenmilchernährung absoluten Vorrang. So haben noch in den Jahren 1920/21 über 90 % der Mütter voll gestillt. In den Jahren 1927 bis 1933 sinkt die Stillfrequenz unter 80 %, in diesen Jahren wird auch der Zufütterung mehr Bedeutung geschenkt, wobei wie bereits erwähnt insbesondere durch Zufütterung von Buttermilch eine schnellere Gewichtszunahme erreicht werden konnte. Die allzu schnelle Zunahme mag auch ein Grund für die Rückkehr zur vermehrten Vollstillung in den 30er Jahren gewesen sein. Ab 1934 liegt die Zahl der Vollstillung wieder über 80 %. Eine Abhängigkeit der Stillgewohnheiten von der in der Öffentlichkeit betriebenen Stillpropaganda läßt sich bestätigen. So waren die Jahre, in denen man verstärkt Stillpropaganda betrieb, auch die Jahre, in denen am häufigsten voll gestillt wurde. Das

Durchschnittsalter der Mütter liegt mit 27 Jahren relativ hoch, während die mittlere Parität nur eine niedrige Rate von 1,6 erreicht. Ein kontinuierlicher Anstieg der Parität war im gesamten Untersuchungszeitraum nicht festzustellen. Aus der geringen Parität und dem hohen Altersdurchschnitt kann geschlossen werden, daß die Mütter aus den mittleren und höheren sozialen Schichten kamen. Die Liegezeiten des Wochenbettes betragen bis zum Jahre 1930 etwa 14 Tage, danach im Durchschnitt nur noch 11 Tage.

Die soziale Herkunft der Kinder ist für den Neugeborenenbereich und den Kinderbereich unterschiedlich. Die kranken Kinder gehören bei weitem häufiger dem Personenkreis an, der sich überwiegend aus Arbeitern und kleinen Angestellten zusammensetzt. Die neugeborenen Kinder entstammen überwiegend und in immer zunehmendem Maße den mittleren sozialen Schichten. Es hat sich offenbar die zeitgemäße Auffassung, die Hausgeburt zu Gunsten der Klinikgeburt aufzugeben, zuerst in den mittleren sozialen Schichten durchgesetzt. Das höhere Bildungsniveau der Mütter aus der Mittelschicht dürfte eher das Interesse an den vom K.A.V.H. entwickelten Ernährungsrichtlinien geweckt haben.

Verfolgt man die sozialanamnestischen Angaben, so sind diese bis zum Jahre 1933 recht ausführlich. Eine differenziertere Fragestellung wird ab 1933 eingeführt, deren Beantwortung im Laufe der Jahre immer spärlicher ausfällt. So findet man nicht selten als Angabe nur noch ein Wort wie "geordnet". So muß leider festgestellt werden, daß mit zunehmender Differenziertheit der Fragestellung die inhaltliche Qualität der Antworten abnimmt.

An Hand der Pertussiserkrankung sollte festgestellt werden, wie sich das Krankheitsbild bei fortschreitender Erkenntnis über die Erkrankung wandelt. Betrug die Liegezeit der Pertussispatienten bis zum Jahr 1926 nur 6 Tage, so stieg sie nach Errichtung einer neuen Infektionsabteilung im Jahr 1927 bis auf das 6fache an. 1933 betrug sie durchschnittlich 40 Tage. Vor Eröffnung der Infektionsabteilung bestand die Behandlung der Pertussis größtenteils aus physikalischen Maßnahmen. Mit einer

Intensivierung der medikamentösen Therapie versuchte man dann in der neuen Infektionsabteilung der Krankheit besser Herr zu werden. Die erste prophylaktische bzw. therapeutische Pertussismischvakzine-Injektion hat man im Jahr 1936 vorgenommen. Behandlungsart und Dauer der Erkrankung richten sich also nach Ausstattung der Klinik und nach zeitgemäßen Behandlungsmethoden, d. h. daß sich die Behandlung nach der Lehrmeinung richtete, wie sie gerade in den entsprechenden Zeiträumen vertreten wurde. Unter der intensivierten Behandlung ließ sich jedoch die Heilung der Pertussis nicht beschleunigen, zudem brachte sie die Gefahr der Superinfektion mit sich. Schließlich verzichtete man wieder auf längere Behandlungsdauer. Gegen Ende des Untersuchungszeitraumes wurden offensichtlich nur noch schwere Verläufe im Krankenhaus aufgenommen.

8. Textanmerkungen

- (1) Vgl. Loeschke, S. 5.
- (2) Rubner, S. 55.
- (3) Dietrich, S. 88.
- (4) Rubner, S. 55.
- (5) Vgl. Loeschke, S. 5.
- (6) Behr-Pinnow, S. 9.
- (7) Aus: Behr-Pinnow, S. 10.
- (8) Behr-Pinnow, S. 9.
- (9) Hofmeier, S. 28.
- (10) Behr-Pinnow, S. 11.
- (11) Behr-Pinnow, S. 12.
- (12) Behr-Pinnow, S. 13.
- (13) Behr-Pinnow, S. 15.
- (14) Loeschke, S. 5.
- (15) Behr-Pinnow, S. 19.
- (16) Behr-Pinnow, S. 20.
- (17) Behr-Pinnow, S. 31.
- (18) Behr-Pinnow, S. 32.
- (19) Aus der Denkschrift: Kaiserin Auguste Viktoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin. Berlin 1915. S. 3-4.
- (20) Behr-Pinnow, S. 24.
- (21) Diese Worte wurden der Anstalt zur Grundsteinlegung gewidmet (Behr-Pinnow, S. 28), nicht, wie Loeschke, S. 6, schreibt, zur Einweihung.
- (22) Behr-Pinnow, S. 28.
- (23) Loeschke, S. 8.
- (24) Behr-Pinnow, S. 29.
- (25) Behr-Pinnow, S. 30.
- (26) Czerny, S. 57.
- (27) Czerny, S. 59.
- (28) Czerny, S. 58.
- (29) Czerny, S. 61.
- (30) Dietrich, S. 80-102.

- (31) Dietrich, S. 95.
- (32) Dietrich, S. 96.
- (33) Dietrich, S. 97.
- (34) Dietrich, S. 98.
- (35) Dietrich, S. 99-100.
- (36) Dietrich, S. 102.
- (37) Küttner, zit. bei Heubner, O.: Zur Geschichte der Säuglingsheilkunde, S. 42. In: FS KAVH, S. 33-48.
- (38) Heubner, aaO., S. 48.
- (39) Rubner, S. 54.
- (40) Rubner, S. 54.
- (41) Langstein, S. 64.
- (42) Keller, S. 126.
- (43) In: Berliner Morgenpost, vom 5. Juni 1909, S. 7.
- (44) Loeschke, S. 7.
- (45) Loeschke, S. 7-8.
- (46) Loeschke, S. 8.
- (47) Joppich, S. 14.
- (48) Vgl. Zimmermann/Kratzsch/Quietzsch, S. 447-451.
- (49) Vgl. Loeschke, A.: 30 Jahre Eledon, S. 37. In: Jub. 50 Jahre, S. 37-38.
- (50) Aus: Beiträge zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene des Kindesalters. Aus dem Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Charlottenburg. Zur Feier des zehnjährigen Bestehens des Hauses im Juni 1919. Hrsg. von L. Langstein. Berlin 1919, S. 3.
- (51) Aus: 25 Jahre Diakonissendienst, 1905 - 1930, Festschrift. Hrsg. von P. D. Burfeind. Selbstverlag des Diakonie-Mutterhauses Rotenburg.
- (52) Vgl. Teppe-Seiradakes/Sternowsky, S. 36-38.
- (53) Teppe-Seiradakes/Sternowsky, S. 37.
- (54) Peiper, S. 575.
- (55) Modifiziert nach: Peiper, S. 416.
- (56) Heubner, S. 585-589.
- (57) Finkelstein, S. 35-36.
- (58) Feer, S. 612-613.

- (59) Birk, S. 105-106.
- (60) Lust, S. 300-301.
- (61) Pfaundler, S. 363-364.
- (62) Windorfer, S. 712.
- (63) Finkelstein, S. 36.

9. Literaturverzeichnis

- Behr-Pinnow, A. von: Entstehungsgeschichte der Stiftung. In: FS KAVH. S. 9-32.
- Birk, W.: Leitfaden der Kinderheilkunde. 2. Teil: Leitfaden der Kinderkrankheiten. Bonn 1920.
- Czerny, A.: Säugling, Arzt und Pflegerin. In: FS KAVH, S. 57-63.
- Dietrich, E.: Wesen und Ursachen der Säuglingssterblichkeit. In: FS KAVH, S. 80-102.
- Feer, E.: Lehrbuch der Kinderheilkunde (4. verbesserte Aufl.), Jena 1917.
- Festschrift zur Eröffnung des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. (Abgekürzt: FS KAVH) Berlin 1909. Eigenverlag KAVH-Haus.
- Finkelstein, H.: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. (2. Hälfte) Berlin 1912.
- Grünagel, H. H.: Qualitätssicherung und Terminierung für Krankenblattinhalt und -ablage mit Hilfe der Basisdokumentation. In: Med. Welt 28 (1977), S. 1882 f.
- Heubner, O.: Zur Geschichte der Säuglingsheilkunde. In: FS KAVH, S. 33-48.
- Heubner, O.: Lehrbuch der Kinderheilkunde. 2 Bde., Leipzig 1903.
- Hofmeier, K.: Alte und neue Aufgaben der Kinderheilkunde. In: Jub. 50 Jahre, S. 27-30.
- Joppich, G.: Aus dem Tagebuch des Kaiserin Auguste Victoria Hauses. In: Jub. 50 Jahre, S. 13-14.
- Jorke, D./Kriegsmann, L./Reinhardt, M.: Erfahrungen und Ergebnisse bei der Auswertung des dokumentationsgerechten Krankenblattes der DDR. In: Ber. Ges. Inn. Med. DDR 10 (1976), S. 268-272.

- Jubiläumsschrift 50 Jahre Kaiserin Auguste Victoria Haus Universitätskinderklinik Berlin (Abgekürzt: Jub. 50 Jahre). Berlin 1959 (= Berliner Medizin (Sonderausgabe) v. 22. Mai 1959).
- Keller, A.: Aufgaben des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses. In: FS KAVH, S. 125-150.
- Kleinschmidt, H.: Die Bedeutung Otto Heubners und Adalbert Czernys für die Entwicklung der Kinderheilkunde. In: Jub. 50 Jahre, S. 9-13.
- Langstein, L.: Betrachtungen über das Problem der künstlichen Ernährung und die durch sie bedingten Ernährungsstörungen. In: FS KAVH, S. 64-79.
- Lehrbuch der Kinderheilkunde. Hrsg. von G. Joppich. Begr. von E. Feer. 23., völlig neubearbeitete Aufl., Stuttgart 1975.
- Lorbert, W./Daute, K.-H./Stahl, J.: Ein Modell für fachspezifische Anschluß-Dokumentation im EDV-gerechten Krankenblatt: der EEG-Befund - unter besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. In: Päd. u. Grenzgebiete 18 (1979), S. 223-228.
- Loeschke, A.: Das Kaiserin Auguste Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Jub. 50 Jahre, S. 5-8.
- Loeschke, A.: 30 Jahre Eledon. In: Jub. 50 Jahre, S. 37-38.
- Lust, F.: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. 10. Aufl., Berlin und Wien 1938.
- May, E.: Bauliche Ausgestaltung der Anstalt. In: FS KAVH, S. 103-124.
- Peiper, A.: Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig 1965.
- Pfaundler, M. von: Krankheiten des Kindesalters. Berlin, München und Wien 1947.
- Roessel, F./Richter, P./Lochmann, U.: Vereinfachte Dokumentation und Auswertung bei Interruptiopatiennten durch ein datengerechtes Krankenblatt. In: Zentralbl. Gynäkol. 99 (1977), S. 1089-1096.

- Roessel, F./Richter, P.: Das Krankenblatt "Allgemeine Gynäkologie" - ein wichtiger Baustein im System der EDV-Anschlußdokumentation an der Frauenklinik der medizinischen Akademie Dresden. In: Zentralbl. Gynäkol. 101 (1979), S. 753-767.
- Rott, F.: Die wissenschaftlichen Grundlagen für den Fürsorgegedanken. In: Jub. 50 Jahre, S. 43-49.
- Rubner, M.: Wachstum und Ernährung. In: FS KAVH, S. 49-56.
- Schneider, H./Ehle, G./Lemke, K./Schieritz, F.: Einführung eines weiterentwickelten dokumentationsgerechten Krankenblattkopfes in Verbindung mit der Anwendung der 9. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. In: Z. Gesamte Hyg. ihre Grenzgebiete 24 (1978), S. 786-792.
- Teppe-Seiradakes, B. und Sternowsky, H.-J.: Bereitschaft zum Stillen. In: Deutsches Ärzteblatt 79 (1982), S. 36-38.
- Windorfer, A.: Bakterielle Infektionskrankheiten. In: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Hrsg. von G. Joppich. Stuttgart 1975, S. 701-714.
- Zimmermann, S./Kratzsch, K.-H./Quietzsch, D.: Das problemorientierte Krankenblatt - eine Methode zur Verbesserung der klinischen Ausbildung. In: Z. gesamte Inn. Med. ihre Grenzgebiete 35 (1980), S. 447-451.

Lebenslauf

Am 20. Januar 1951 wurde ich als viertes Kind des Transportunternehmers Julius Klam und seiner Ehefrau Martha in Rohrbach (Saarland) geboren. Meine Schulzeit begann 1957 und endete 1972 mit dem Erwerb der Hochschulreife in Saarbrücken.

Im Herbst 1974 begann ich an der FU Berlin das Studium im Fach Humanmedizin. 1979 heiratete ich meine jetzige Ehefrau Elke geb. Maak. Im gleichen Jahr wurde meine Tochter Anna-Marisa geboren. Nach Erteilung der Approbation am 11.8.1981 durch den Senator für Gesundheit, Soziales und Familie arbeitete ich zunächst als Assistenzarzt in der inneren Abteilung des Krankenhauses in Zeven (Niedersachsen). 1982 wurde meine zweite Tochter Laura-Katharina geboren. Seit dem 2.1.1983 befinde ich mich als Assistenzarzt im niedersächsischen Krankenhaus Unterstedt, wo ich eine Ausbildung zum Arzt für Lungen- und Bronchialkrankheiten zu Ende führen möchte.

